UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1950 N° 80

LE CONTROLE MEDICAL

dans

l'Enseignement du 1er degré

Résultats en Haute-Garonne

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

Eliette LACROIX

MEMBRES DU JURY..... MM. ANDRIEU, *Président.*
MOREL
GADRAT *Assesseurs.*
LAPORTE
DARNAUD *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2
—
1950

LE CONTROLE MEDICAL

DANS

L'ENSEIGNEMENT DU 1ER DEGRÉ

RESULTATS EN HAUTE-GARONNE

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL, LAFFORGUE, MERIEL, VALLOIS, RIBAUT, SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathol. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM. COULOUMA
Physiologie	BAISSET (M.)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.	Chirurgie	MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie			MM. DEODATI
Physique Médicale			MARQUÈS
Obstétrique			PONTONNIER
Odonto-Stomatologie			MM. CADENAT
O. R. L.			CLAUX
Urologie			LHEZ (ch. d.f.)

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	LASSERRE
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médécine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	COLOMBIÉS
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1950 N° 80

LE CONTROLE MEDICAL

dans

l'Enseignement du 1er degré

Résultats en Haute-Garonne

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

Eliette LACROIX

MEMBRES DU JURY..... MM. ANDRIEU, *Président.*
MOREL
GADRAT *Assesseurs.*
LAPORTE
DARNAUD *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1950

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES PARENTS,

A MON MARI,

A MON FILS,

A MES BEAUX-PARENTS,

A MA SŒUR,

A MA BELLE-SŒUR,

A MON BEAU-FRERE,

A MES NEVEUX,

A TOUS LES MIENS,

A TOUS MES AMIS,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU,
Professeur d'Hygiène et de Bactériologie.

En témoignage de notre reconnaissance pour le rôle qu'il a joué dans le choix et l'élaboration de ce travail, et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL,
Professeur de Pathologie Interne.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT,
Professeur agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE,
Professeur agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARNAUD,
Professeur agrégé à la Faculté.

Avec nos remerciements.

A Monsieur le Docteur FIMBEL,
Médecin Inspecteur Régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire.

Il nous a communiqué tous les renseignements et toute la documentation nécessaire à l'élaboration de ce travail.

Nous l'en remercions.

A Monsieur VILATTE,
Administrateur Civil des Services d'Hygiène Scolaire et Universitaire.

Il nous a aimablement communiqué une précieuse documentation.

Nous l'en remercions.

A Monsieur le Docteur AMILHAU,
Médecin délégué départemental de l'Hygiène Scolaire et Universitaire.

Qui a bien voulu nous apporter sa collaboration.

Nous le prions d'accepter nos remerciements.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE REGIONAL ET DU SERVICE DEPARTEMENTAL D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Il nous apporté une aide précieuse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

La fin du XIX^{e} siècle et le début du XX^{e} ont vu se développer aux côtés d'une médecine traditionnelle essentiellement curative, une médecine préventive, mais c'est seulement à l'époque actuelle que prennent toute leur importance l'Hygiène individuelle et l'Education Sanitaire, disciplines liées à l'ampleur des constatations et des découvertes modernes.

Parallèlement à cette orientation nouvelle de la médecine s'est développée la notion de médecine collective avec son organisation administrative et souvent son caractère d'obligation, aussi s'explique-t-on les discussions parfois passionnées qu'ont suscitées et susciteront encore longtemps l'organisation et le mode de fonctionnement des diverses branches de la médecine sociale. Parmi ces différentes orientations, la médecine scolaire tient une place importante, aussi ne fut-elle pas la moins discutée. Remarquons d'ailleurs que ces discussions portèrent davantage sur des questions d'organisation proprement dite que sur des questions de doctrine : on a parlé du mode de fonctionnement de la médecine scolaire avant de se mettre d'accord sur ce que devrait être la médecine scolaire, sur les tâches et les buts à poursuivre. Un simple rapprochement historique nous permettra de mettre cette idée en évidence.

En 1793, Siéyès, Daunou, et Lakanal (1) pensent qu'il s'agit « d'examiner les enfants et d'indiquer, en général et en particulier, les règles les plus propres à fortifier leur santé ». En 1945 Noël Fiessinger s'exprime en ces termes à propos de la médecine préventive (dans laquelle il comprend la médecine scolaire) : « Examens monotones où l'anormal se cache dans le normal comme une aiguille dans une meule de foin, pathologie mineure, décourageante par sa bénignité, sensation nette d'inutilité, incompréhension des cadres, évolution vers le moindre effort, injustice, ingratitude, découragement ». Par ce rapprochement on voit que, si les techniques modernes ont rendu plus efficaces les méthodes de dépistage, par contre le rôle du médecin de médecine préventive reste dans beaucoup d'esprits aussi imprécis actuellement qu'il y a cent cinquante ans. Pour mieux souligner cette idée précisons que les termes mêmes employés par Siéyès, Daunou et Lakanal en 1793 viennent d'être repris exclusivement et presque textuellement dans le tout récent projet de Réforme de l'Enseignement, dans le court alinéa consacré à l'Hygiène scolaire. Il y a donc imprécision de la doctrine et comme corollaire doute concernant son efficacité. Cependant, lorsque les services de Médecine Préventive Universitaire décèlent à la radioscopie une caverne tuberculeuse chez un étudiant il est permis de penser que l'évolution eût pu être différente si un virage de cuti-réaction avait décelé une primo-infection dès l'école primaire. Certes, une caverne n'est pas une aiguille dans une meule de foin, le mal est maintenant bien visible et la pathologie cette fois décourageante par sa malignité. Bien qu'un séjour en préventorium soit moins spectaculaire qu'une thoracoplastie le médecin n'a donc pas à avoir une sensation d'inutilité lorsqu'il décèle un virage de cuti-réaction. Quant à l'incompréhension des cadres il n'a pas à la redouter si, comme dans la structure actuelle de l'Hygiène scolaire, ces cadres sont formés de médecins.

Nous exposerons donc d'abord comment ont été comprises dans le département, les tâches de l'Hygiène sco-

(1) Décret proposé à la Convention Nationale.

laire et le rôle du médecin scolaire, réservant pour la seconde partie l'exposé de la structure administrative du service. Car, si l'existence d'une organisation administrative solide est la condition nécessaire à la réalisation des tâches de l'Hygiène Scolaire, on ne doit pas oublier que cette organisation doit être subordonnée aux tâches à accomplir et non l'inverse ce qui aboutirait à un nonsens. Les résultats, obtenus grâce à cette élaboration conjointe et harmonieuse d'une doctrine et d'un service administratif, seront exposés en dernier lieu. Nous verrons que l'organisation actuelle, bien que n'étant pas parfaite, s'appuie sur des textes légaux qui tendent à assurer au médecin d'Hygiène scolaire le maximum d'efficacité, à la fois dans son action collective et dans son action individuelle.

Dans cette étude nous nous limiterons autant que possible au contrôle médical du premier degré, de beaucoup le plus important en raison du volume des effectifs atteints et des difficultés rencontrées.

Chapitre Premier

LES TACHES DE L'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE LE ROLE DU MEDECIN EXAMINATEUR SCOLAIRE

Si l'on voulait synthétiser en une formule les buts de l'Hygiène scolaire, on pourrait s'en tenir à la définition que le docteur Duvernoy en donnait en 1932 : « l'amélioration de la race grâce à des efforts prophylactiques portant sur l'enfant ». Cependant, si le but lointain est bien en effet l'amélioration de la race, on peut penser que la deuxième partie de la définition ne répond plus exactement à la conception actuelle de l'Hygiène scolaire. Car le médecin scolaire ne doit pas s'en tenir à des mesures de prophylaxie, et d'autre part certains mesures prophylactiques, telles les vaccinations préventives, n'entrent plus dans ses attributions.

Le problème apparaît donc d'emblée comme relativement complexe et bien des imprécisions subsistent encore actuellement quant au rôle exact du médecin scolaire. Son travail était encore récemment laissé à l'initiative de chaque médecin Inspecteur, de chaque médecin Départemental, ou de chaque Inspecteur d'Académie, et si l'unification des différents imprimés fut réalisée assez tôt sur le plan national on ne pouvait en dire autant des méthodes de travail.

Aussi allons nous tâcher de limiter le problème en partant de notions simples et en nous inspirant de ce qui a été fait dans le département de la Haute-Garonne.

Eléments du problème

La matière même du travail est constituée par la population scolaire (élèves, instituteurs, personnel annexe) et le milieu dans lequel elle vit. Ce milieu doit s'entendre pour le médecin scolaire dans son sens le plus large : non seulement milieu scolaire, c'est-à-dire locaux, mobilier, cantines, mais aussi milieu extra-scolaire, c'est-à-dire climat, conditions d'alimentation, caractères de la population (ouvrière, paysanne, commerçante), car il est bien évident que les caractères généraux de la collectivité scolaire dépendent en grande partie de facteurs extérieurs à l'école.

Ces facteurs extérieurs doivent être connus car ils expliquent souvent des réactions particulières de la collectivité (notamment en épidémiologie), ou bien la fréquence de certaines affections. Mais en règle générale ils ne peuvent être modifiés par le médecin scolaire dont la véritable *action collective* s'exerce sur les facteurs modifiables, c'est-à-dire proprement scolaires. Il s'agit alors soit du milieu scolaire : locaux, aération, éclairement, chauffage, mobilier, alimentation à l'école (cantines), soit de la population scolaire elle-même, et ici l'activité du médecin s'exerce dans trois directions principales : Epidémiologie, Morphologie et Bio-Typologie (ce qui permet le classement en groupes d'Education physique); Education Sanitaire.

D'autre part le médecin scolaire a une *action individuelle*, c'est là que prend place son travail de dépistage. Dépistage des affections de toutes natures par l'examen médical individuel des différents appareils, mais aussi dépistage de la tuberculose et notamment des primo-infections récentes au moyen de la cuti-réaction tuberculinique, ceci aussi bien chez les élèves que chez les maîtres. Il n'est pas question, bien entendu, d'un examen approfondi de tous les appareils; aussi dans les cas dif-

ficiles le médecin scolaire doit-il avoir le spécialiste comme collaborateur, mias il est souvent du ressort du bon sens ou du simple sens clinique de décider si des amygdales doivent être enlevées ou non, si une légère anomalie de la vision doit entraîner ou non le port de lunettes.

Nous voyons donc que le médecin scolaire doit être à la fois un hygiéniste et un éducateur en ce qui concerne son action collective, un médecin au sens clinique aiguisé et possédant de solides notions de spécialités en ce qui concerne son action individuelle. La seule notion de prophylaxie est ainsi largement dépassée.

Pour serrer de plus près le problème nous étudierons de façon plus précise le travail du médecin scolaire tel qu'il se pratique dans la Haute-Garonne, d'abord au point de vue individuel, ensuite au point de vue collectif.

L'action individuelle du Médecin scolaire.

Donnons tout d'abord deux précisions :

1° — *Sur qui s'exerce-t-elle ?*

Actuellement le contrôle médical du premier degré s'exerce dans le département sur toute la population scolaire, y compris les écoles maternelles, et sur le personnel (instituteurs, femmes de service, personnel de cantines) bien qu'en principe le contrôle des écoles maternelles relève du Département de la Santé Publique. Un examen médical approfondi a lieu au moment où l'enfant atteint l'âge de l'obligation scolaire, cet examen porte le nom de « visite médicale d'admission ». La visite d'admission est obligatoire pour tout enfant commençant sa scolarité; elle fait l'objet d'un certificat délivré sans frais par le médecin scolaire.

2° — *En quoi consiste l'examen médical individuel?*

Essentiellement en un travail de *dépistage,* travail que l'on peut diviser en deux parties : dépistage des états pathologiques non tuberculeux, dépistage de la tuberculose.

A — DEPISTAGE DES ETATS PATHOLOGIQUES NON TUBERCULEUX

Il comprend un certain nombre d'examens qui se succèdent ainsi dans le temps :

I. — *Examen de l'enfant*

Si possible entièrement déshabillé, portant sur la statique et la dynamique.

L'examen dynamique permettra de déceler les anomalies de la marche et souvent la cause de ces anomalies : pieds plats, genu valgum, coxa-vara, séquelles ostéo-articulaires de la tuberculose, séquelles d'affections nerveuses.

L'examen statique, l'enfant debout mais dans une attitude naturelle (et non dans l'attitude fixée du « garde à vous ») permet de déceler :

— *Les troubles de la statique.* Les scolioses, maladies essentiellement scolaires, retiennent en premier lieu l'attention. Le médecin doit ici distinguer les attitudes scoliotiques transitoires, dites « par tonie », qui se voient dans les petites instabilités motrices, des attitudes scoliotiques permanentes; et parmi ces dernières il doit distinguer les réductibles des irréductibles. Il doit établir des distinctions analogues pour les cyphoses et les lordoses.

— *Les anomalies et déformations du squelette.* Le médecin scolaire aura surtout à constater des déformations thoraciques; il doit distinguer, chose qui n'est pas toujours facile, les déformations rachitiques (thorax en carène, en entonnoir, à charnière), des non-rachitiques (asymétries de causes respiratoires, creux xyphoïdien par insuffisance de la sangle abdominale, dépressions sous-mamelonnaires, affections cartilagineuses).

L'expérience déjà acquise dans ce domaine par le contrôle médical du premier degré dans le département montre que les déformations thoraciques d'origine rachitique sont fréquentes, autant et sinon davantage en milieu rural qu'en milieu urbain.

— *Les insuffisances musculaires.* On peut en général distinguer trois degrés d'insuffisance musculaire. Le premier se traduit par un ventre proéminent, des omoplates un peu déplacées, une attitude légèrement scoliotique « par tonie » ; le second par une insuffisance nette de la musculature abdominale et de la ceinture scapulaire donnant des épaules très déportées en avant et abaissées; le troisième par une très grosse insuffisance des masses musculaires et l'existence de hernies.

Le contrôle médical en milieu rural dans le département a montré l'extrême fréquence des attitudes scolaires défectueuses de l'enfance, de ces attitudes souples, réductibles et indolores que l'on a souvent désignées sous le nom de « paramorphismes », et justiciables d'une gymnastique corrective parfois applicable en milieu scolaire. Ces mauvaises attitudes sont dues à de simples troubles purement fonctionnels de l'appareil locomoteur, troubles dont la vie scolaire apparaît souvent comme responsable, et ne doivent pas être confondues avec des lésions orthopédiques vraies, très rares celles-là, parfois justiciables d'une gymnastique médicale effectuée sous contrôle médical et non applicable en milieu scolaire. Aussi devrait-on éviter de parler de scoliose, de cyphose, de lordose, lorsqu'il s'agit seulement d'attitude scoliotique, lordotique ou cyphotique, et préciser ces termes qui peuvent donner lieu à confusions et fausser les statistiques. Ceci est important, car si l'on ne peut attendre du traitement des cyphoses, lordoses et scolioses vraies, affections très rares en milieu scolaire, que des résultats partiels, par contre les mauvaises attitudes qui sont légion sont susceptibles d'être parfaitement corrigées par une gymnastique appropriée; il y a donc un intérêt majeur à les dépister.

II. — *Dépistage des cardiopathies*

L' examen de l'appareil cardiaque constitue un des points les plus importants de l'examen de l'enfant. L'affection constatée peut-être déjà connue de la famille et du médecin traitant; même dans ce cas il est bon que le médecin scolaire fasse part à la famille de ses cons-

lations. Il arrive quelquefois d'observer chez les écoliers des cardiopathies n'ayant jamais été traitées parce qu'elles ont été considérées comme incurables il y a plusieurs années, mais qui pourraient peut-être être traitées actuellement en raison des progrès faits récemment dans ce domaine. Il est alors du devoir du médecin scolaire d'avertir la famille et de provoquer si possible un examen cardiaque complet par un spécialiste. Quelques cas de maladies bleues ont ainsi été décélés dans le département et ont été ultérieurement l'objet d'interventions.

D'autre part la médecine scolaire en milieu rural permet de constater que, parmi les affections valvulaires d'origine rhumatismale connues ou soit-disant connues des familles, nombreuses sont celles qui sont considérées comme fixées et non surveillées. En réalité ces cardiopathies sont sous la menace constante d'un remaniement évolutif; on voit parfois un examen périodique déceler des signes d'évolutilité, provoquer une consultation par un spécialiste et cette consultation aboutir à la reprise d'un traitement salicylé.

En dehors des cardiopathies véritables, d'origine congénitale ou acquise parfois connues des familles, les examens périodiques ont permis de déceler de nombreux syndromes d'éréthisme cardiaque, ceux-ci presque toujours méconnus et pourtant fort importants à connaître car ils contre-indiquent le sport de compétition lorsqu'ils sont nettement caractérisés. Ce syndrome se voit surtout chez les adolescents des cours de fin d'études et complémentaires; lorsqu'il s'accompagne de signes importants de déséquilibre vago-sympathique, d'une maxima élevée, ou d'un souffle rappelant celui du rétrécissement pulmonaire, il doit faire l'objet d'un examen par un spécialiste afin d'éviter toute confusion.

Dans tous les cas d'affections cardiaques, que ces affections soient connues ou non, il est du rôle du médecin scolaire de préciser leur compatibilité avec les exercices physiques et notamment avec le sport. Les cardiopathies congénitales incurables et les lésions rhumatismales évolutives l'interdisent en principe; en revanche les affections valvulaires bien compensées et les éréthis-

mes bien tolérés sont compatibles avec la pratique de certains sports. Nombreux sont les enfants qui chaque année sont ainsi écartés du sport de compétition à la suite d'examens périodiques, ou d'examens de spécialistes lorsqu'il s'agit d'éréthismes paraissant bénins. Soulignons que le médecin scolaire ne constate pratiquement jamais de cardiopathies assez graves pour interdire toute vie scolaire.

On ne saurait donc nier l'importance des examens cardiaques périodiques. Bien souvent les constatations du médecin scolaire contenues dans la carte-lettre d'avertissement, bien que dépourvues de tout conseil thérapeutique ont abouti à la mise en œuvre de thérapeutiques actives; bien souvent des cœurs malades qui s'ignoraient se sont vu interdire la pratique du sport et de redoutables accidents ont certainement été évités. Or ces résultats peuvent être et sont obtenus par le seul examen clinique, par une auscultation rapide mais efficace du cœur de l'enfant. L'épreuve de Lian et la prise de la tension artérielle sont pratiquées chaque fois qu'on découvre un cœur suspect mais non de façon systématique.

III. — *L'examen de l'appareil respiratoire*

Il comprend d'une part l'examen clinique des poumons par les moyens classiques d'exploration, d'autre part l'examen des voies aériennes supérieures.

En règle générale, peu nombreuses seront les affections respiratoires non tuberculeuses décelées par l'auscultation en milieu scolaire; seules des bronchites aiguës sont souvent signalées et font l'objet d'évictions temporaires. L'asthme infantile, les bronchectasies, les bronchites chroniques sont en général connues des familles et traitées. Par contre l'examen clinique permet de déceler et décèle souvent des insuffisances respiratoires; le médecin confirme alors ces constatations par la mesure du périmètre thoracique et la spirométrie, mesures qu'il est, croyons-nous, difficile de rendre absolument systématiques.

Son attention se reporte ensuite sur les voies

aériennes supérieures: Le médecin scolaire n'a pas ici les moyens de pratiquer un examen complet de spécialiste; il ne peut pas notamment pratiquer une exploration complète des fosses nasales, et ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'il pratique le toucher pharyngien qui permet le diagnostic des végétations adénoïdes. En pratique, l'examen comprend :

a — Une inspection attentive du squelette facial (faciès adénoïdien, rétrécissement du diamètre bi-malaire, amincissement du nez, prognathisme, voûte ogivale, implantations dentaires vicieuses), inspection complétée par l'épreuve du miroir de Glatzel.

b) — La recherche d'une hypertrophie amygdalienne. Le médecin scolaire ne doit signaler que les amydgales volumineuses ou cryptiques entraînant une gêne mécanique évidente, et les amygdales renfermant des masses caséeuses ou qui sont le siège d'amygdalites répétées. S'il y a albuminurie coexistante, le rapport possible entre les deux affections est souligné par le médecin dans la carte-lettre d'avertissement. Les amygdales moyennement hypertrophiées, d'aspect normal et n'entraînant pas de gêne fonctionnelle, ne sont pas signalées; elles ne traduisent bien souvent qu'un phénomène physiologique : le développement de l'appareil lymphoïde du naso-pharynx avec l'âge.

c) — *La recherche de signes concomitants.* Le médecin fait un bilan de l'état ganglionnaire (lymphatisme), constate les tachycardies d'effort, les troubles de la phonation, les surdités, les sinusites chroniques, les laryngites, les rhumes à répétition; demande si l'enfant dort la bouche ouverte, ronfle la nuit, travaille normalement en classe. Ce mode d'examen permet de déceler de nombreuse insuffisances respiratoires, de nombreux états adénoïdiens, et les constatations de la carte-lettre : « végétations probables », « faciès adénoïdien », « insuffisance respiratoire du type supérieur », conduisent souvent l'enfant à une consultation de spécialiste et à la mise en œuvre d'une thérapeutique.

IV. — *Dépistage bucco-dentaire*

Partie importante de l'examen du fait de l'extrême fréquence de la carie dentaire, de la fréquence relative des malpositions et de l'intérêt présenté par certaines dysplasies (dents d'Hutchinson). Le rôle du médecin scolaire est ici d'insister pour que les dents de lait soient aussi systématiquement traitées que les dents permanentes. Bien qu'un très grand nombre de caries dentaires soient signalées par les médecins scolaires, on se heurte très souvent à l'inertie des familles et même des dentistes, surtout en milieu rural et lorsqu'il s'agit de dents non permanentes.

V. — *Examen de l'appareil génital chez le garçon*

Cet examen aboutit au dépistage des ectopies, des phimosis, des hypospadias. On rencontre rarement le varicocèle et l'hydrocèle. Le médecin scolaire doit agir ici avec une grande prudence et ne doit signaler que les ectopies irréductibles et dûment constatées, diagnostic apparemment facile mais pouvant donner lieu à des erreurs au cours d'un examen rapide. De même ne seront signalés que les phimosis très serrés, les malformations accusées et susceptibles d'être traitées. Cependant, bien que les médecins scolaires fassent preuve d'un grande prudence dans leurs constatations, la véritable malformation de l'appareil génital devant été traitée (dont le type est l'ectopie testiculaire chez l'enfant approchant de la puberté) reste chose relativement fréquente, et nombreux sont les sujets ayant bénéficié d'interventions chirurgicales à la suite d'un dépistage de visite périodique.

L'examen de l'appareil génital de la fille n'est pas pratiqué et le médecin scolaire se borne à constater ce qu'il a pu apprendre par l'interrogatoire (troubles des règles).

VI. — Examens systématiques pratiqués en série

a) *Mesure de l'acuité visuelle.* — Elle se fait actuellement pour tous les enfants systématiquement au

moyen de l'échelle de Monoyer, en prenant les précautions classiques : occlusion vérifiée du deuxième œil, respect de la distance de 5 mètres, éclairage constant de l'optotype, prudence à observer (lenteur de la réponse de la part de l'enfant). Sont signalés tous les enfants dont le total visuel des deux yeux est inférieur à 16/20. La lecture de l'optotype, très utile, permet de déceler les myopies non corrigées, affection extrêmement fréquente en milieu rural, mais elle ne permet pas de déceler les hypermétropies car l'hypermétrope accommode facilement et peut obtenir 20/20 lors de la lecture de l'échelle.

L'idéal serait de pouvoir faire lire l'optotype par tous les enfants, travail dont serait chargée l'adjointe d'hygiène scolaire, tandis que le médecin pratiquerait le contrôle skiascopique. Actuellement le médecin scolaire n'a pas les moyens ni le temps de pratiquer systématiquement la skiascopie; en pratique il se borne à déceler les myopies et les astigmatismes par la lecture de l'optotype, et à rechercher les hypermétropes parmi ceux que l'instituteur signale comme ayant mauvaise vue mais qui néanmoins lisent normalement l'optotype. Les infections oculaires, les kératites, les troubles de la motilité, seront signalés et envoyés au spécialiste, à moins que l'enfant ne soit en cours de traitement ou qu'il s'agisse d'affections incurables (nystagmus congénital).

b) *Mesure de l'acuité auditive.* Elle peut se faire systématiquement mais les surdités, même partielles et unilatérales, sont en général connues de l'instituteur et signalées au médecin scolaire qui se contente d'une vérification et dirige l'enfant vers le spécialiste.

c) *Examen des urines.* Cet examen comprend la recherche de l'albumine et celle du sucre. Les résultats montrent la rareté relative de l'albumine, et le caractère exceptionnel du diabète infantile en dehors des cas déjà connus des familles.

d) *Pesées et mensurations.* Si le médecin scolaire dispose déjà de moments trop courts pour examiner l'enfant dans l'espace, on peut dire qu'il lui est impossible de l'examiner dans le temps, car on ne peut demander à un mé-

decin scolaire de se souvenir individuellement de chacun des 8.000 enfants qui composent son secteur. Les pesées et mensurations, ainsi que les courbes correspondantes, sont les seules données qui lui permettent de juger de la croissance physique normale de l'écolier; ces données sont donc d'une extrême importance et doivent être exactes. Il semble que le médecin scolaire devrait être doté d'une bascule portative (type dynamomètre pèse-personnes) permettant la lecture instantanée du poids, ce qui lui permettrait d'effectuer lui-même les pesées. On serait ainsi en possession de données exactes et la courbe de poids aurait une valeur; le médecin scolaire constaterait des diminutions de poids dont il serait sûr et pourrait sans crainte envoyer ces enfants au dispensaire pour contrôle radioscopique.

VII. — *Examens pratiqués à titre accessoire mais dont l'extension serait souhaitable en milieu scolaire.*

En dehors du dépistage de la tuberculose nous avons précisé l'essentiel du travail du médecin scolaire. Il semble cependant que certaines branches où pourrait s'orienter un dépistage actif soient reléguées au second plan, nous voulons parler de certaines spécialités où le médecin scolaire n'a pas acquis bien souvent une expérience suffisante et où il ne peut s'avancer qu'avec circonspection.

a) *Dermatologie.* Un grand nombre de cas de gale, d'eczéma, d'impétigo, sont signalés au cours des examens périodiques et on ne peut soupçonner les médecins scolaires de ne pas être familiarisés avec ces dermatoses. Mais certaines dermatoses posent des diagnostics difficiles et nécessitent une grande expérience clinique; cependant beaucoup seraient importantes à dépister et à diagnostiquer en milieu scolaire, en particulier les manifestations cutanées de la tuberculose : érythèmes noueux, érythèmes polymorphes, purpuras.

b) *Endocrinologie.* C'est la connaissance parfaite de cette spécialité qui permet de comprendre nombre

d'anomalies intervenant dans la croissance biologique de l'écolier. Or, c'est d'une façon constante que le médecin scolaire rencontre au cours de ses examens des enfants trop grands, trop petits, trop gras ou trop maigres, dont beaucoup relèvent de traitements endocrinologiques; c'est d'une façon constante que l'instituteur ou la famille lui demandent des renseignements sur ces affections particulièrement visibles. Aussi doit-il être capable de dépister ces cas en distinguant (ce qui n'est pas toujours facile) d'une part le pathologique du constitutionnel, d'autre part les cas justiciables d'un traitement endocrinologique de ceux qui n'en relèvent pas. Le médecin évitera ainsi d'aiguiller vers l'endocrinologiste des enfants bien portants; d'autre part soulignons l'utilité du dépistage précoce car ces affections doivent être soignées en temps utile. Bien que ce dépistage soit délicat, de nombreux syndromes relevant de l'endocrinologie, ont pu être dépistés au cours de ces dernières années (maigreurs, obésités, syndromes thyroïdiens, syndromes génitaux, troubles des règles).

c) *Neuro-psychiatrie.* Les anomalies de la croissance biologique ont souvent comme corollaires des anomalies de la croissance psychique, mais souvent également se rencontrent dans les écoles des sujets qui, tout en étant normaux physiquement, présentent des anomalies psychiques plus ou moins importantes. Les instituteurs pensent avec raison que ces anomalies, lorsqu'elles sont très marquées, relèvent peut-être autant du médecin que de l'éducateur, et ne manquent pas de les signaler au médecin scolaire. Celui-ci doit donc être au courant des principales notions acquises dans la connaissance du développement psychique normal de l'enfant : périodes de maturation, balancement entre la croissance physique et la croissance psychique (travaux de Claparède.

Ces notions sont très utiles pour la compréhension de nombre d'anomalies psychiques. Nous ne voulons parler ici ni des irréguliers sociaux (enfants de justice, moralement abandonnés), ni des irréguliers psychiques atteints de grosses déficiences sensorielles (sourds-muets) : ces enfants se rencontrent rarement à l'école et n'inté-

ressent pas l'hygiène scolaire. Mais le médecin rencontre avec une très grande fréquence des enfants que l'instituteur lui présente, soit comme des irréguliers intellectuels: c'est l'immense groupe des arriérés, soit comme des irréguliers caractériels. Ces derniers peuvent être passifs et inoffensifs; ce sont les hyper-émotifs, les instables mentaux, les cyclothymiques, ils sont seulement dans la classe un élément indiscipliné et ne peuvent profiter que partiellement de l'enseignement; mais ils peuvent aussi être actifs et dangereux lorsqu'il s'agit de caractères paranoïaques, d'épileptiques, et surtout de pervers instinctifs qui, souvent intelligents, sont doués d'un grand pouvoir sur leurs camarades qu'ils peuvent influencer et contaminer. Le médecin scolaire devrait être capable d'appliquer à ces enfants signalés par l'instituteur un examen psychiatrique sommaire; il pourrait ainsi aiguiller vers les centres de prophylaxie mentale et les commissions médico-pédagogiques les cas les plus graves, c'est-à-dire les enfants dont la place n'est pas, à son avis, sur les bancs de l'école primaire. Il n'est pas question, évidemment, d'écarter de l'école un retardé scolaire ou un petit instable, mais seulement l'enfant qui constitue un élément de désordre ou une fréquentation dangereuse.

L'examen psychiatrique serait cependant étendu avec profit à tous les petits irréguliers; le médecin pourrait ainsi dresser dans son secteur d'intéressantes statistiques qui, n'en doutons pas, révèleraient une proportion considérable d'enfants pouvant être classés à des degrés divers parmi les irréguliers mentaux ou caractériels. Car, si la plupart des anomalies psychiques rencontrées dans une classe sont heureusement peu marquées et compatibles avec une vie scolaire sensiblement normale, instituteurs et médecins constatent toujours avec étonnement leur extrême fréquence; un dépistage en ce sens paraît donc particulièrement important. Mais, pour pouvoir pratiquer la méthode des tests de façon systématique, il faut du matériel et du temps, et le médecin scolaire ne peut procéder à ces examens au cours des visites périodiques telles qu'elles sont conçues actuellement. L'Hygiène Scolaire, reconnaissons-le, s'occu-

pe assez peu pour le moment d'hygiène mentale en milieu scolaire; et bien que des efforts aient été faits en ce sens on ne peut donner maintenant de résultats complets. On ne peut que souhaiter une évolution dans les techniques d'examen, évolution vers la visite sélective comme elle se pratique dans certains pays et qui permettra au médecin scolaire d'examiner en détail des sujets sélectionnés ainsi que de pousser son dépistage de façon complète dans des branches particulières. Cette évolution se fera bientôt d'elle-même dans la Haute-Garonne lorsque les secteurs seront parfaitement organisés et connus des médecins, et que l'essentiel du travail médical et administratif aura été fait; au terme de cette évolution le médecin scolaire sera avant tout un éducateur, un hygiéniste, et un véritable expert en pathologie scolaire; l'Hygiène Scolaire pourra vraiment se dire le « Service de Santé de l'Education Nationale ».

Nous venons de préciser le travail du médecin scolaire en ce qui concerne le dépistage des états pathologiques non tuberculeux au cours du contrôle médical dans le 1° degré. Examinons maintenant comment est organisé dans la Haute-Garonne le dépistage de la tuberculose.

B — DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

C'est dans ce domaine que l'utilité de l'Hygiène Scolaire apparaît le plus indiscutablement et des résultats très précis viennent à l'appui de cette affirmation. Les méthodes de dépistage sont ici bien établies, standardisées, et paraissent donner d'excellents résultats, ce qui nous permettra d'être brefs.

Le médecin scolaire dépiste la tuberculose chez les élèves et chez le personnel enseignant; on peut dire d'une façon générale qu'il recherchera chez les élèves la tuberculose de primo-infection, et chez les maîtres à la fois la tuberculose de primo-infection et la tuberculose maladie. Il est rare en effet de rencontrer chez les écoliers des tuberculoses maladies évoluant depuis un certain temps; chez l'enfant la tuberculose n'est bien souvent que l'évolution vers l'extension d'une lésion de pri-

mo-infection : la tâche principale du médecin scolaire est donc de saisir avec le maximum de précision le moment de cette primo-infection afin de prévenir son extension. Il dispose pour cela de plusieurs éléments.

L'examen clinique

Il ne saurait, de toute évidence s'en contenter. Les défaillances de l'auscultation sont bien connues dans la primo-infection tuberculeuse. Cependant, un état fébrile inexpliqué, ou un amaigrissement (d'où l'utilité de l'exactitude des pesées d'une année à l'autre) conduisent automatiquement l'enfant au médecin de famille ou au dispensaire pour vérification radioscopique.

La cuti-réaction systématique

C'est là évidemment le procédé de choix, aussi sont-elles régulièrement effectuées au moins une fois par an. Le médecin scolaire est ici pris entre son désir de saisir les virages avec le maximum de précision et sa crainte de multiplier les réactions tuberculiniques, ce qui peut présenter des inconvénients (des cas de positivations simultanées de cuti-réactions antérieurement pratiquées ont été signalés lors de primo-infections) ; néanmoins il semble que la cuti-réaction pratiquée une fois par an apporte en milieu rural une précision suffisante. Bien que la cuti-réaction soit vivement critiquée dans les expérimentations rigoureuses concernant l'allergie tuberculeuse (« la cuti-réaction est une mauvaise réaction qui devrait disparaître de la pratique médicale » -Canetti-), il apparaît comme presque impossible de pratiquer systématiquement l'intra-dermo réaction en milieu scolaire. De plus, la cuti-réaction apparaît en fait comme une réaction fidèle et rendant d'immenses services : certains cas de contamination massive d'une classe par des maîtres tuberculeux ont été décelés par le seul procédé de la cuti-réaction systématique, qui avait montré dans ces classes un nombre anormal de cutis positives. L'application de cette méthode révèle en outre au médecin scolaire, et ce avec une fidélité étonnante, quels sont les élèves vivant ou ayant vécu en milieu tubercu-

leux. Les enfants positifs ont bien souvent parmi leurs proches parents un tuberculeux notoire, et comme corollaire on peut dire qu'une cuti-réaction positive chez un jeune enfant restant inexpliquée justifie à elle seule une enquête familiale. On pourrait presque dire que le nombre de cuti-réactions positives à l'école n'est autre chose que le fidèle reflet de l'état endémique de la tuberculose dans la commune; d'où l'extrême intérêt des résultats obtenus suivant les régions. On doit faire abstraction, bien entendu, des cuti-réactions positives dues à des vaccinations antérieures par le vaccin B.C.G.; et la généralisation de cette méthode enlèverait évidemment toute valeur à la pratique de la cuti-réaction systématique. La recherche de l'allergie par le « patch test » (test de VOLLMER) est en cours d'application dans le département.

La radio-photographie systématique

Elle a lieu chaque année pour tous les élèves, en Haute-Garonne et dans les départements qui dépendent du chef-lieu d'Académie. Elle se fait au moyen de « camions radio-photo » à un rythme rapide; les épreuves (film standard de 35 mm.) sont envoyées dans des centres spéciaux d'examen où elles sont interprétées par des phtisiologues. Les résultats sont centralisés au siège départemental de l'Hygiène Scolaire et Universitaire; les enfants présentant des images suspectes sont convoqués et examinés à nouveau en radioscopie. On pourrait penser que seule la radio-photo des enfants présentant une cuti-réaction positive est vraiment indispensable; mais d'une part la radio-photo systématique permet de déceler des affections non tuberculeuses (notamment les gros cœurs), d'autre part il est bon de souligner qu'un enfant présentant une cuti-réaction positive est envoyé au dispensaire pour vérification radioscopique, même si son examen radio-photographique comporte une réponse « image thoracique normale », système qui offre vraiment toute garantie.

Le personnel enseignant et le personnel annexe est de son côté systématiquement soumis à un examen ra-

diographique (ou radio-photographique); de plus il subit, lors de la visite par le médecin scolaire, un examen médical en vue du dépistage de la tuberculose (au moins tous les deux ans). Beaucoup d'instituteurs demandent à subir la cuti-réaction au même titre que les élèves, d'autres s'y prêtent de bonne grâce; une proportion assez élevée de cuti-réactions négatives permet de saisir ultérieurement un certain nombre de virages, fait intéressant car il s'agit d'adultes susceptibles de faire des réactions violentes justifiant parfois des congés. Notons cependant que la cuti-réaction n'est pas ici systématique, aussi ne peut-on se faire une idée absolument précise de l'état de l'allergie chez le personnel enseignant.

L'ensemble de ces trois procédés : cuti-réactions systématiques, radio-photographies et radiographies systématiques, examens radioscopiques de dispensaires, constitue une méthode de dépistage de la tuberculose dont l'efficacité est partout reconnue et absolument indiscutable, tant en ce qui concerne la primo-infection que la tuberculose maladie.

Disons, pour terminer ce court exposé sur le dépistage de la tuberculose en milieu scolaire, que la cuti-réaction devrait à notre avis rester un acte exclusivement médical. Si une cuti-réaction bien faite peut être considérée comme sans danger, cela ne veut pas dire que la tuberculine brute puisse être utilisée sans aucune considération de prudence; il ne suffirait que de rappeler les précautions de technique et de dilution observées dans la pratique de l'intra-dermo réaction. La scarification de la cuti-réaction doit donc être faite très légèrement, sans faire saigner, et constitue un acte médical. Il en est de même pour la lecture, qui n'est pas toujours facile et doit être faite avec soin.

Nous avons ainsi précisé le rôle du médecin scolaire dans son action individuelle : dépistage des états pathologiques non tuberculeux et dépistage de la tuberculose.

Mais ce dépistage fait à l'école ne saurait s'arrêter là, le médecin va en effet continuer ses inspections et perdre le contact pour plusieurs mois, sinon une année entière, avec les élèves qu'il vient d'examiner; les liai-

sons qui lui permettent de s'assurer que ses constatations ne sont pas restées lettre morte et qu'une thérapeutique a été mise en œuvre seront donc administratives et se feront au moyen d'imprimés.

C — SUITES A DONNER ET IMPRIMÉS

Les imprimés ont été standardisés sur le plan national. Nous ne nous attacherons pas à les décrire, ce qui serait fastidieux et ne soulignerait nullement leur importance; nous les montrerons seulement à leur place logique d'articulation entre le dépistage et les suites à donner, nous décrirons leur utilité dans le fonctionnement du contrôle médical du 1° degré dans le département.

Signalons d'abord que deux documents se placent avant la visite médicale, par conséquent avant tout dépistage : ce sont la Fiche d'Aptitude et le Questionnaire Familial.

La Fiche d'Aptitude est conçue comme une sorte de perfectionnement de l'ancien Carnet de Santé Départemental. Son nom indique que les renseignements qu'elle contient, ou devrait contenir, débordent largement le cadre médical; elle est avant tout destinée à l'éducateur et doit rester à l'école. En fait, l'application systématique de ce document en milieu rural prête à une très grosse critique : il s'agit d'un document trop complet qui pour être tenu à jour exige la collaboration assidue du moniteur d'éducation physique et de l'orienteur professionnel. Or, moniteur et orienteur sont presque toujours inconnus à la campagne; il s'ensuit que la fiche n'est jamais remplie complètement : seules sont remplies les feuilles où figurent la courbe des poids et des tailles, les constatations du médecin et les appréciations de l'éducateur sur l'enfant. De plus certaines questions imprimées touchant les anomalies caractérielles sont presque d'ordre médical (l'enfant a-t-il tendance au vol, au mensonge, à la cruauté, à la perversité?) L'instituteur qui a toujours des remarques intéressantes à faire sur

l'enfant en fait toujours part verbalement au médecin, avec grand plaisir semble-t-il, alors qu'il répugne souvent à écrire ces mêmes constatations; il lui semble alors violer une sorte de secret professionnel.

La fiche d'aptitude est donc, à notre avis, trop complète, trop confidentielle. Le dossier médical de l'enfant, contenant s'il y a lieu les constatations de l'éducateur et celles du médecin sur les anomalies caractérielles, doit rester la propriété du médecin et des services de l'Hygiène Scolaire; il ne doit rester à l'école qu'un document très succint contenant le poids, la taille de l'écolier, et quelques directives médicales. Dans les grandes villes (dans la Seine surtout) où les enfants sont l'objet d'une surveillance très étroite, la Fiche d'Aptitude peut au contraire devenir un document très intéressant où sont inscrits les performances sportives et les résultats de l'examen de l'orienteur professionnel. En milieu rural, nous pensons qu'elle est trop largement conçue, et son rôle de liaison entre l'instituteur et le médecin n'apparaît pas indispensable.

Signalons cependant qu'un nouveau type de Fiche d'Aptitude est à l'étude. Les renseignements d'ordre confidentiel dont nous parlons plus haut, seront contenus dans une partie détachable, transmise sous pli cacheté au Service d'Hygiène Scolaire dans les cas où la fiche doit quitter l'école pour être remise à la famille.

Le Questionnaire Familial. C'est un imprimé confidentiel pouvant être cacheté, rempli par la famille, et destiné à renseigner le médecin scolaire avant la visite, sur les antécédents personnels et familiaux de l'enfant. Ce Questionnaire n'est rempli qu'au moment de la visite d'admission (enfant de six ans).

Là encore, document beaucoup trop complet pour le 1° degré. Il arrive bien souvent qu'examinant un enfant de six ans le médecin apprenne de la bouche de l'instituteur l'existence d'une tuberculose ou d'une syphilis familiale, mais s'il consulte à ce moment le Questionnaire, il constate que ces renseignements, pourtant explicitement demandés, ne s'y trouvent jamais. Ce simple fait suffirait à condamner le Questionnaire dans sa forme

actuelle et à la campagne. Un tuberculeux, un syphilitique, ne confiera jamais le secret de sa maladie à un imprimé, cette maladie fût-elle notoirement connue de tout le pays et l'imprimé garanti confidentiel : il y a là un fait psychologique irréductible.

De plus, en voulant être trop complet, le Questionnaire nous renseigne mal sur ce que les parents confieraient volontiers par écrit, les antécédents personnels de l'enfant. N'oublions pas que, pour beaucoup de personnes, le terme « incontinence nocturne » ne signifie rien; et que dire de la façon dont les familles italiennes et espagnoles, si nombreuses dans le département, remplissent ces imprimés? Ce Questionnaire peut rendre de très grands services, n'en doutons pas, dans les grandes villes, ou encore dans l'enseignement secondaire où les parnts sont susceptibles d'être plus cultivés, mais en milieu rural un Questionnaire beaucoup plus simple devrait être institué. En dehors des questions indispensables (nom, prénoms, numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale) y seraient posées deux ou trois questions très simples, telles que : « quelles ont été les principales maladies de votre enfant depuis sa naissance? » ou bien « a-t-il fait du sanatorium, du préventorium, a-t-il été en colonie? » Les renseignements donnés spontanément seraient certainement plus complets qu'assujettis à des questions trop précises. Nous pensons par conséquent que cet imprimé n'assure pas une liaison correcte avant la visite entre la famille et le médecin parce que dans sa forme actuelle il n'est pas adapté au milieu rural; il devrait donc, selon nous, être modifié dans sa conception.

Fidèles à notre plan qui consiste à décrire les opérations du contrôle médical dans l'ordre où elles se déroulent réellement, nous examinerons maintenant les autres imprimés qui tous se placent après le dépistage et concernent les suites à donner.

L'affection une fois dépistée, le médecin scolaire peut se trouver devant deux cas différents : la famille surveille l'enfant et ne demande qu'à le faire traiter; ou bien elle est réticente ou n'a pas les moyens d'assurer le traitement (non assujettis à la Sécurité Sociale). Le mé-

decin ne peut savoir dans quel cas il se trouve, et si la famille fera traiter l'enfant ou non; mais l'instituteur peut le savoir, et souvent de façon assez précise. Dans le premier cas le médecin n'entre en liaison qu'avec la famille; les parents, une fois avertis, sont libres du choix de leur médecin; dans le deuxième cas une liaison avec les services sociaux est nécessaire. Le médecin dispose pour cela de deux imprimés :

La carte-lettre d'avertissement. Parfaitement conçue, elle est destinée à la famille et doit être retournée aux services d'Hygiène Scolaire en franchise postale, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'instituteur (une certaine imprécision règne encore) après que le médecin de famille y aura inscrit ses propres constatations et la thérapeutique mise en œuvre. La carte-lettre ayant été remplie par le médecin traitant et renvoyée, le cycle peut être considéré comme fermé, et il est difficile au médecin scolaire de se montrer plus exigeant, bien que médecin de famille et médecin scolaire soient parfois d'un avis divergent en ce qui concerne le traitement. Ainsi une affection peut être considérée comme curable par le médecin scolaire et signalée en vue d'un traitement, et la réponse portée sur la carte-lettre, être à peu près ceci: « affection connue depuis longtemps et incurable »; c'est notamment le cas pour certaines cardiopathies. Il y a là certes un point délicat, mais nous pensons que le médecin scolaire n'est autorisé à demander la contre-expertise du spécialiste que dans le cas où l'affection non traitée est contagieuse, ou constitue un danger ou un objet de répulsion pour les enfants et les maîtres. Ainsi la carte-lettre d'un enfant porteur d'une otite chronique suppurée avec écoulement abondant était revenue avec la mention « incurable », bien que cet écoulement se répandît plus ou moins sur les voisins et que l'odeur fût gênante pour tout le monde; dans ce cas le médecin scolaire put demander une consultation de spécialiste et l'enfant ne revint en classe qu'après traitement et mise en place d'un pansement protecteur. De même, un médecin scolaire est en droit d'exiger qu'un impétigo étendu soit protégé par un pansement, car cette affection est

contagieuse et même traitée n'évolue pas toujours rapidement vers la guérison; autrement dit, bien que la famille ait le libre choix de son médecin, elle n'a pas le droit de maintenir en classe un enfant susceptible de nuire à la collectivité, lorsqu'il s'agit d'affections non visées par les évictions réglementaires.

Dans le cas où la carte-lettre n'est pas renvoyée, on tombe dans le second cas : la famille est réticente ou sans ressources. Le médecin avise alors le Service Social départemental, qui à son tour avise l'assistante de secteur ou charge une de ses assistantes de l'enquête. C'est alors l'assistante sociale qui répond directement au médecin scolaire. Les réponses sont centralisées au siège départemental où le médecin en prend connaissance et les classe dans leurs dossiers respectifs. Ceci nous amène à parler du second imprimé :

Fiche de liaison avec le service social. Parfaitement conçue également et très simple, elle comporte les nom, prénom et adresse exacte de l'enfant, ainsi que le diagnostic de l'affection et les directives médicales, ce qui facilite le travail de l'assistante et lui indique dans quel sens elle doit agir. Le médecin scolaire peut utiliser cet imprimé, soit quelque temps après sa visite d'inspection parce que la carte-lettre n'est pas revenue, comme nous venons de le voir, soit d'emblée au cours de la visite médicale. Dans ce cas, s'il avise le service social et non la famille c'est, ou bien parce qu'il a appris par l'instituteur que la famille était notoirement sans ressources, ou bien parce qu'il s'agit de cas proprement « sociaux » (enfants maltraités, misérables, sous-alimentés). C'est l'assistante sociale qui se charge de rendre effectives les directives médicales quand il s'agit de mener un enfant à une consultation hospitalière et que la famille ne peut ou ne veut pas s'en charger. Tel qu'il est conçu actuellement, le système donne de bons résultats; il ne prête guère qu'à des critiques administratives (fusion souhaitable des services sociaux du 1er et 2e degré), que nous verrons en étudiant la structure administrative. Rendons ici hommage aux assistantes sociales départementales qui accomplissent une tâche ingrate et difficile et ren-

voient scrupuleusement ces imprimés de liaison en mentionnant de façon détaillée les résultats obtenus.

Enfin, nous ne ferons que citer la *Fiche médicale individuelle* proprement dite, car le rôle de cet imprimé est évident. Soigneusement remplie par l'adjointe d'hygiène scolaire qui y inscrit les constatations médicales et tous les résultats de l'examen, y compris éventuellement les remarques de l'instituteur, cette fiche est maintenant au point et constitue l'imprimé-unité: D'un solide format cartonné, elle constitue en même temps la chemise du dossier médical qui comprend obligatoirement lorsque la fiche est complète : le Questionnaire familial; les résultats des examens radio-photographiques; éventuellement les carte-lettres retournées par le médecin; les réponses du service social; les réponses des consultations hospitalières ou des dispensaires.

Après avoir examiné les moyens, c'est-à-dire les imprimés, voyons quelles sont les fins, c'est-à-dire les suites réelles, les possibilités de traitement qu'après dépistage on peut proposer à une famille nécessiteuse, en collaboration avec le service social départemental et après avoir obtenu l'accord de la Sécurité Sociale. Ce sont ces suites effectives qui justifient le service et sont un sûr garant de son efficacité. Reprenons rapidement le plan que nous avons observé pour le dépistage.

I. — *Etats pathologiques non tuberculeux*

— Insuffisances musculaires et osseuses, déformations rachitiques.

Nous examinerons rapidement les différents débouchés actuellement offerts dans le département de la Haute-Garonne à cette catégorie d'enfants :

1. — *Les aériums.* Il s'agit d'établissements de cure ne recevant que les sujets répondant aux definitions précisées dans l'article 14 de l'Ordonnance du 31 octobre 1945 : Rappelons les termes de cet article :

« Art. 14. — Les aériums sont des établissements affectés aux enfants qui sont exposés à la tuberculose, mais qui ne relèvent pas du préventorium.

Ces enfants appartiennent à une des catégories suivantes :

Enfants relevant d'une affection médicale ou chirurgicale entraînant une longue convalescence;

Enfants dont l'état général est atteint;

Enfants devant être soustraits à la contamination et séparés du milieu familial ».

Il s'agit donc dans tous les cas d'enfants non tuberculeux; mais notons ce fait intéressant que peuvent être dirigés vers les aériums des sujets bien portants, pour le seul motif d'être soustraits à une contamination tuberculeuse familiale possible. Ce point prend une importance particulière si l'on considère que le séjour en aérium est remboursable par la Sécurité Sociale, car il semble y avoir là une consécration indiscutable du principe du remboursement par la Sécurité Sociale d'un acte de médecine préventive.

2. — *Les écoles de plein air.* Certaines de ces écoles, celle de Dabeaux par exemple, sont considérées comme aériums en ce sens que les séjours peuvent donner lieu à un remboursement par la Sécurité Sociale. Cependant une école de plein air ne répond pas exactement à la conception de l'aérium; c'est essentiellement un centre de rééducation physiothérapique spécialement adapté aux enfants atteints de déformations réductibles et permettant en même temps la continuation des études. Selon la juste expression du Dr Douady, il s'agit d' « établissements climatiques d'enseignement »; les enfants qui y sont admis ne sont pas à proprement parler des malades, et la plupart sont parfaitement récupérables.

3. — *Les colonies de vacances.* Les séjours ne sont pas remboursables par la Sécurité Sociale, ils sont couverts par les très nombreuses œuvres de colonies scolaires (caisses des écoles des grandes villes, Toulouse notamment, administrations, œuvres privées, œuvres laïques). Un séjour en colonie de vacances, bien que ne pouvant être considéré comme un moyen de cure précis, a souvent une influence heureuse sur certaines déformations ou insuffisances musculaires.

4. — En ce qui concerne les attitudes vicieuses justiciables de gymnastique corrective, l'Institut Physiothérapique de Toulouse prend en charge les enfants de la ville; mais pour les enfants des communes rurales il n'existe pratiquement pas de débouchés. Dans certains départements existent des « Centres de récupération physique » dépendant de la Direction de la Jeunesse et des Sports.

— Cardiopathies. Consultations spécialisées.

— Insuffisances respiratoires. Ecoles de plein air, colonies de vacances, interventions en milieu hospitalier quand il s'agit d'amygdales ou de végétations.

— Affections bucco-dentaires. Traitement en milieu hospitalier. Signalons tout l'intérêt qu'il y aurait à ce que le dépistage soit effectué par des spécialistes et le traitement pratiqué sur place, car en fait on ne possède que peu de possibilités de traitement en série de la carie dentaire dans le département.

— Déficiences visuelles et auditives; consultations hospitalières et traitements.

— Dermatoses :consultations hospitalières et traitements.

— Maladies endocriniennes : consultations hospitalières et traitement.

Neuro-psychiatrie : Les ressources du département sont nettement insuffisantes. Après dépistage les enfants sont généralement pris en charge par le service social qui les présente à la Commission Médico-Pédagogique et s'occupe ensuite de leur placement. S'il s'agit de retardés ou de débiles mentaux, c'est-à-dire de simples inadaptés intellectuels, ils sont justiciables de classes de perfectionnement; s'il s'agit d'infirmités sensorielles, ils sont justiciables de classes d'anormaux (sourds-muets). Ces établissements existent en trop petit nombre. S'il s'agit de caractériels on aboutit souvent suivant la gravité à l'exclusion ou au statu-quo, situation déplorable. Nous extrayons ce passage d'une documentation aimablement fournie par la Direction de l'Enseignement Supérieur :

« Le Professeur Heuyer, titulaire de la chaire de Neuro-Psychiatrie Infantile de la Faculté de Médecine de

Paris, considère qu'il existe en France 400.000 enfants débiles mentaux qui ne peuvent suivre les classes normales de leur âge, soit une proportion d'environ 8% ». L'auteur de cette documentation parle plus loin de « dépistage approfondi » avec la collaboration de « psychologues scolaires », mais nous avons vu qu'un médecin scolaire devrait pouvoir s'enorgueillir de ce titre, et être capable de déceler et comprendre les anomalies psychiques; il pourrait ainsi fournir des statistiques dont les services de l'Education Nationale tiendraient compte pour la création de nouvelles classes spécialisées. D'autre part, on ne peut que souhaiter la création dans le département d'un « Centre psycho-pédagogique », analogue au Centre Claude-Bernard et aux Centres de Lyon et Strasbourg; cette création apporterait la seule solution possible au placement des caractériels, qui sont souvent des enfants intelligents et qui ne relèvent nullement des classes de perfectionnement. Au Centre Claude-Bernard, on a constaté que dans 80% des cas le niveau mental des enfants soignés était supérieur ou égal au niveau moyen de leur âge.

En ce qui concerne les débouchés offerts aux inadaptés intellectuels, il existe à Toulouse (et pour les enfants de Toulouse seulement) treize classes de perfectionnement. Mais jusqu'ici les enfants justiciables de ces classes ont été choisis un peu au hasard; aussi devons-nous parler ici du projet de M. l'Inspecteur Primaire Dubois. Ce projet prévoit la formation d'une Commission médico-pédagogique composée de médecins et d'éducateurs qui se réunira deux fois par an et sera appelée à statuer sur pièces. Le dossier des enfants présentés à cette Commission comprendra une fiche remplie par l'instituteur de l'élève et comportant son appréciation, et une fiche d'examen complète où figureront les résultats de l'examen psychiatrique et les courbes de Bonis établies par des instituteurs spécialisés. Seront redevables des classes de perfectionnement, d'une part les enfants au-dessous de 9 ans ayant au moins deux ans de retard, d'autre part les enfants au-dessus de 9 ans ayant au moins trois ans de retard.

En ce qui concerne les débouchés offerts aux infir-

mes des membres (dont les séquelles de poliomyélite représentent un type malheureusement trop fréquent), citons le projet d'Internat avec classes de rééducation qui serait situé à Ramonville Saint-Agne et que dirigerait le Dr Poudou.

2. — *Tuberculose.* En ce qui concerne les placements, les tuberculoses déclarées sont dirigées vers les sanatoriums; les convalescents de primo-infection récente et les tuberculoses externes non suppurées ne relevant pas de traitements chirurgicaux ou orthopédiques vers les préventoriums; les enfants exposés à la tuberculose par suite d'une déficience de l'état général et ceux qui doivent être écartés du milieu familial en raison du risque de contamination, vers les aériums (Ordonnance du 31 octobre 1945).

En outre nous avons déjà signalé que tout virage de cuti-réaction, tout amaigrissement ou état fébrile inexpliqué, entraîne la convocation de l'enfant pour examen radioscopique au dispensaire. Dans la Haute-Garonne, des séances spéciales sont organisées le jeudi après-midi dans un dispensaire de Toulouse; les examens y sont effectués par le médecin délégué départemental.

Notons, pour terminer cet exposé sur l'action individuelle du médecin scolaire, qu'un imprimé spécial assure la liaison entre le médecin et le service : c'est le « compte-rendu par école » qui remplace l'ancien rapport mensuel. Dans cet imprimé le médecin exprime par des chiffres les constatations qu'il a faites au cours de la visite, tant en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose qu'en ce qui concerne le dépistage des affections non tuberculeuses. L'ensemble de ces rapports est utilisé à l'échelon central par le Service National de la Statistique.

D. — CENTRES MEDICO-SCOLAIRES ET LOCAUX

On ne saurait terminer cet exposé sur les modalités de la visite médicale sans évoquer la question des locaux destinés à cette visite : où le médecin pratiquera-t-il ses

examens ? Actuellement, en milieu rural et dans les petites communes, c'est la salle de classe qui est le plus fréquemment utilisée; les inconvénients de cette méthode sont évidents; disons cependant qu'un examen sérieux reste possible, il suffit que le médecin fasse preuve d'ingéniosité pour déployer son matériel et d'autorité, avec l'aide du maître, pour obtenir la discipline.

Il n'en reste pas moins vrai que le « Centre médico-scolaire » installé soit dans les locaux scolaires, soit dans les locaux sanitaires de la commune déjà existants, est d'une utilisation beaucoup plus agréable et permet un examen plus approfondi. Il est conçu de la manière que l'on devine; salle d'attente, salle de déshabillage, cabinet de l'adjointe, cabinet du médecin, laboratoire, local destiné au dépistage bucco-dentaire. Précisons que certains de ces Centres sont installés et fonctionnent dans le département; la ville de Toulouse en possède qui sont parfaitement équipés (inauguration récente du Centre médico-scolaire de l'école Lakanal). Mais l'installation de tels Centres n'est possible que dans les communes importantes (certains chef-lieux de cantons) et il est encore trop tôt pour prévoir un système de « ramassage » automobile des enfants des communes voisines. De plus, on se heurte assez souvent à une situation de fait : locaux sanitaires pratiquement inexistants, locaux scolaires déjà trop étroits pour leur population. L'idée de la « camionnette mobile », type Juvaquatre, sur laquelle insiste avec raison M. le Médecin Inspecteur Régional, paraît mieux adaptée aux besoins de l'heure en ce qui concerne les petites communes éloignées. Cette camionnette est destinée à transporter le médecin, son assistante, et tout le matériel destiné à la visite médicale y compris bascule, toise, et laboratoire médical. Plusieurs de ces camionnettes sont en service dans la Haute-Garonne et dans les départements dépendant de l'Académie de Toulouse; elles donnent pleine satisfaction.

L'idéal, rappelons-le, serait de disposer d'un Centre médico-scolaire parfaitement équipé, où serait assuré le concours d'un spécialiste qui procéderait non seulement au dépistage bucco-dentaire, mais aussi au traitement de la carie dentaire après accord des parents. Une solu-

tion vraiment parfaite serait évidemment de disposer du concours de plusieurs spécialistes et d'un appareil de radioscopie.

E — TEXTES LEGAUX AUTORISANT ET PRECISANT L'ACTION INDIVIDUELLE DU MEDECIN SCOLAIRE

En précisant ses méthodes de travail nous avons essayé de démontrer que le médecin scolaire, tout en ne disposant que d'un personnel et d'un matériel réduits, avait néanmoins des possibilités étendues aussi bien dans le dépistage des maladies que dans les suites à donner. Mais encore faut-il que des textes viennent autoriser et confirmer les diverses opérations que nous venons de décrire. Nous citerons les plus importants.

L'Ordonnance du 18 octobre 1945. Elle constitue un texte de base et crée l'Hygiène Scolaire sous sa forme actuelle. Elle rend obligatoire :

Art. 1. — La visite d'admission et les examens périodiques des écoliers.

Art. 2. — L'examen médical du personnel des établissements d'enseignement publics et privés; examen destiné au dépistage des maladies contagieuses et devant être pratiqué au moins tous les deux ans.

Art. 3. — La création de un ou plusieurs Centres médico-scolaires dans chaque chef-lieu de département, dans chaque commune de plus de 5.000 habitants, et dans celles désignées par arrêté ministériel. Une circulaire de janvier 1946 précise l'organisation des Centres, avec schéma et plan-type à l'appui.

Cette Ordonnance prescrit en outre d'éviter « tout ce qui peut faire double emploi » (art. 6), ce qui nous permet de préciser un point intéressant. L'arrêté interministériel du 19 juillet 1946 (Santé Publique, Travail, Sécurité Sociale), prévoit que tous les assujettis de la Sécurité Sociale devront subir au cours de leur vie un certain nombre d'examens de médecine préventive. Or, pour deux d'entre eux, celui de 6 à 8 ans et celui de 12 à 14 ans, il est convenu que la visite d'admission d'une

part, et l'un des examens scolaires d'autre part en tiendraient lieu. Il y a donc là une articulation intime, concrétisée par le fait qu'en vertu du décret financier du 26 novembre 1946 tous les examens complémentaires et spéciaux consécutifs à la visite médicale pré-scolaire ou scolaire sont pris en charge par la Sécurité Sociale, tout au moins pour ses assujettis.

Le Décret du 26 novembre 1946 fixe les modalités d'application de l'Ordonnance du 18 octobre 1945. Citons les textes les plus importants postérieurs à ce décret qui concernent l'action individuelle du médecin scolaire :

L'arrêté interministériel du 1er mars 1947 (Journal Officiel du 10 mars 1947) est relatif à l'organisation du dépistage des affections bucco-dentaires au cours de la visite d'admission.

Citons enfin trois textes importants :

1. — L'arrêté interministériel du 3 juin 1947 relatif aux certificats médicaux à produire lors de l'inscription d'un enfant de 6 ans dans une école. De cet arrêté il ressort que les parents doivent produire : un certificat médical d'aptitude (visite d'admission) ; un certificat de vaccination anti-variolique et anti-diphtérique-tétanique. L'art. 3 stipule qu'un enfant n'ayant pas été ou ayant été incomplètement vacciné, doit être vacciné « par les soins du médecin scolaire ». Un peu plus loin cet article précise que le Directeur de la Santé départemental, normalement chargé d'assurer les séances de vaccinations publiques, « peut, à cet égard, faire appel au service d'Hygiène scolaire ».

2. — L'arrêté interministériel du 25 septembre 1947, relatif à la surveillance médicale du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose.

L'art. 6 de cet important arrêté précise les circonstances dans lesquelles les membres de l'enseignement sont tenus de se soumettre à un examen de dépistage : avant leur entrée en fonctions; au moins tous les deux ans; et dans certaines circonstances particulières : 1°, à l'expiration de tout congé de trois mois; 2°, à l'expira-

tion d'une période de détachement dans un territoire de la France d'Outre-Mer, à l'étranger, ou auprès d'une collectivité publique ou privée; 3°, tous les six mois pendant deux ans après une réintégration consécutive à un congé de longue durée pour tuberculose; 4°, à l'expiration d'un congé ordinaire de maladie de plus de un mois; 5°, enfin lorsqu'il apparaît chez les élèves une proportion anormale de virages de réactions tuberculiniques.

L'art. 7 précise la ligne de conduite suivie par l'Hygiène Scolaire en cas de dépistage d'une affection tuberculeuse contagieuse pour les élèves : 1°, avertissement de l'intéressé auquel on précise les précautions prophylactiques à prendre, ses droits aux congés et prestations; 2°, avertissement de l'établissement d'enseignement et suppression immédiate de tout contact entre le maître et les élèves.

L'exposé de ces textes permet de vérifier qu'il y a partout concordance fidèle entre le dépistage de la tuberculose tel qu'il a effectivement lieu en Haute-Garonne et les dispositions légales.

3. — La circulaire du 19 septembre 1949, relative à certaines modalités de fonctionnement des Services d'Hygiène Scolaire.

Très importante cette circulaire comprend trois parties : 1°, élaboration du programme; 2°, exécution du programme : quelques lignes ont trait à l'Hygiène mentale mais ne précisent que très vaguement les suites à donner (placement dans les classes de perfectionnement, ou « prise en charge par les services de prophylaxie mentale », mais lesquels?); 3°, suites données aux examens médico-scolaires; paragraphe où sont notamment précisés les rapports entre adjointes d'Hygiène scolaire et services médico-sociaux.

A notre avis, aucun texte méritant d'être retenu, ne précise les modalités du dépistage de la primo-infection chez les élèves par le médecin scolaire, car aucun texte ne rend la cuti-réaction ou tout autre réaction tuberculinique obligatoire. Un arrêté déterminant les modalités de fonctionnement de la visite d'admission dans les écoles (J. O. du 11 juin 1947) dit textuellement dans son

art. 2 : « Les réactions tuberculiniques sont pratiquées systématiquement, soit pendant la visite médicale d'admission dans les écoles, soit au cours du 1er trimestre de l'année scolaire; mais aucun texte n'en précisant d'autre part l'obligation, il y a donc là une équivoque. C'est là, soulignons-le, une très grosse lacune, car les réactions tuberculiniques, nous l'avons vu, constituent un rouage indispensable dans le dépistage des primo-infections. Il s'agit donc d'une activité essentielle du médecin scolaire qui n'est point sanctionnée par un texte légal.

Par cet exposé de l'action individuelle du médecin scolaire nous espérons avoir démontré que dépistage des affections et suites données sont susceptibles d'une parfaite efficacité; il appartiendra aux résultats de nous le prouver. De plus nous avons vu qu'à part certaines lacunes auxquelles il sera possible de remédier par de nouveaux textes, le système actuellement appliqué et les dispositions légales sont en parfaite harmonie.

Nous allons maintenant exposer la troisième partie de ce premier chapitre concernant les tâches et les buts poursuivis par l'Hygiène Scolaire en général, et plus spécialement dans le département de la Haute-Garonne.

L'action collective du Médecin scolaire.

En exposant son action individuelle nous avons pu nous convaincre de la nécessité, pour le médecin scolaire désireux d'œuvrer avec le maximum d'efficacité, d'étendre le champ de ses connaissances nettement en dehors du domaine de la pratique médicale courante. C'est ainsi que nous réclamions pour lui le titre de « psychologue scolaire » qu'une documentation officielle voudrait réserver à un de ses collaborateurs éventuels. Dans son action collective le médecin scolaire doit également faire preuve de connaissances plus ou moins en marge de la médecine; c'est ainsi qu'il doit se montrer, comme nous allons le voir, bio-typologiste, hygiéniste, épidémiologiste, éducateur.

La bio-typologie et la morphologie humaine lui se-

ront d'un grand secours lorsqu'il voudra expliquer par des facteurs purement constitutionnels certaines prédispositions morbides ou mentales. Les quatre types de SIGAUD (circulatoire, respiratoire, digestif, cérébral), les quatre biotypes fondamentaux décrits par PENDE en 1931 (longiligne sthénique, longiligne asthénique, bréviligne sthénique, bréviligne asthénique) ne sont pas des vues de l'esprit, mais des connaissances qui aident parfois à expliquer un comportement scolaire plus ou moins en marge de la normale. De plus, ces notions permettent d'asseoir, sur des bases plus solides, le classement en Groupes d'Education Physique, que nous allons étudier maintenant.

Le classement en groupes d'éducation physique. Si nous avons placé cette étude dans l'action collective, bien qu'il s'agisse en réalité d'examens individuels, c'est que nous estimons que ce classement est destiné à permettre de juger d'un coup d'œil l'état de la collectivité, et qu'il est établi avant tout à des fins statistiques; il concrétise, en quelque sorte, la disponibilité physique d'un groupe d'élèves, et la somme de toutes les statistiques devrait, au moins théoriquement, donner une idée de la disponibilité physique de toute la jeunesse scolaire française.

Mais encore faut-il s'entendre de façon précise sur le sens exact des divers groupes et savoir quels enfants y faire entrer; rien ne serait plus précieux ici qu'une unification totale de la doctrine sur le plan national, rien ne serait plus indispensable sous peine de rendre inutile et vide de sens le travail des statisticiens. En Haute-Garonne, voici à peu près comment on procède à ce classement, compte tenu des directives officielles et des conclusions apportées aux « Journées d'étude » et « Stages de perfectionnement » de Toulouse et de Bordeaux.

Avant toute chose, le médecin doit tenir compte de l'âge de l'enfant et des étapes normales de sa croissance physique, étapes qui sont constantes quels que soient son tempérament et sa constitution (étapes digestive, respiratoire, ostéo-musculaire). Ainsi, classer un enfant

de 7 ans en Groupe I ne veut pas dire qu'il est actuellement ou qu'il sera plus tard apte à pratiquer n'importe quel sport, ce serait un non-sens, cela veut simplement dire qu'étant donné son âge l'examen a montré qu'il ne saurait avoir une meilleure disponibilité physique. Il va sans dire que, pour la pratique des sports, bien d'autres considérations que le classement doivent entrer en jeu, et que par exemple certains sports violents autorisés après la puberté (la boxe notamment) ne peuvent l'être pendant la période pré-pubertaire où l'enfant, avant tout respiratoire, est loin d'avoir atteint un développement musculaire et osseux complet. De plus, les enfants en pleine période pubertaire ne seront pas mis en Groupe I. On en arrive alors à peu près à cette classification :

GROUPE I. — Ce sont les super-normaux, c'est-à-dire les enfants qui, compte tenu de leur âge, disposent d'un maximum de possibilités organiques. Cette sélection pour le Groupe I est particulièrement difficile car les apparences sont souvent trompeuses; il faut en particulier se méfier des enfants qui paraissent hyper-développés et hypersthéniques, ce ne sont pas toujours les plus résistants à l'effort. Ne devraient en principe figurer au Groupe I que les enfants faisant preuve d'un parfait équilibre physique, physiologique et mental; on n'y admettrait alors que les types intermédiaires de la classification proposée par l'Américain Walter Mills (sthéniques et hyposthéniques), et non les types extrêmes (hypersthéniques et asthéniques) que l'on rangerait par prudence dans le Groupe II. Ainsi conçu, le Groupe I est particulièrement restreint semble-t-il, aussi bien en ville qu'à la campagne; c'est là une conséquence des époques troublées que les enfants arrivant maintenant à la puberté viennent de traverser. De plus, ne seront classés en Groupe I que les sujets dont la cutiréaction est négative, ou positive depuis plus de six mois.

GROUPE II. — Ce sont : 1° — les sujets normaux mais qui, étant donné leur âge, pourraient avoir de plus grandes possibilités organiques. 2° — les sujets qui ont un tempérament en marge de la normale (hyper-

sthéniques et asthéniques). 3° — les enfants en pleine période pubertaire; ceci est surtout important pour les filles dont l'installation des règles est parfois douloureuse. Le Groupe II est, à notre avis, le groupe le plus nombreux.

GROUPE III. — Il groupe les très nombreux enfants qui, à des titres divers, sont justiciables de la gymnastique corrective. Les ayant déjà définis nous n'y reviendrons pas; disons seulement schématiquement qu'entreront dans ce groupe : 1 — les déformés-types non malades (les malades étant justiciables du Groupe IV). 2 — les dessanglés abdominaux. 3 — les insuffisants respiratoires. 4 — les attitudes vicieuses et déséquilibrées. Ce groupe est très nombreux bien que moins nombreux que le groupe II.

GROUPE IV. — C'est le groupe des enfants auxquels est interdite toute gymnastique systématique et toute activité sportive. Une distinction s'impose ici :

GROUPE IV TEMPORAIRE :

1. — Convalescents (maladies aiguës, opérations, tuberculoses pleurales).
2. — Cuti-réactions récemment positives (même en l'absence de signes cliniques et radiologiques).
3. — Amaigrissements de plus de 1 kg. dans le dernier semestre.
4. — Hernies prononcées nécessitant une intervention.
5. — Scolioses et cyphoses vraies dont on peut espérer l'amélioration par un traitement approprié (gymnastique médicale).

GROUPE IV DEFINITIF :

1. — Scolioses et cyphoses vraies non curables.
2. — Déformations importantes des membres inférieurs : genu valgum important, coxa-vara, déforma-

tions graves des pieds, séquelles ostéo-articulaires de la tuberculose.

3. — Séquelles d'affections nerveuses : paralysie infantile, hémiplégie, paraplégie.

4. — Infirmités viscérales: cardiopathies chroniques, dilatations des bronches, albuminuries persistantes.

Le Groupe IV est, à notre avis, très peu nombreux.

Si l'on s'en tient à la définition ci-dessus des groupes d'éducation physique, on pourrait ainsi, selon nous, schématiser leur importance respective :

GROUPE I : Très peu nombreux. (10% environ)
GROUPE II : Le plus nombreux. (60% environ)
GROUPE III : Nombreux. (25% environ)
GROUPE IV : Le moins nombreux.
(Temp. 4,5% env.)
(Def. 0,5 env.)

Ce schéma n'a pas la valeur d'une statistique mathématique; il correspond aux conclusions que nous avons pu dégager en consultant des statistiques particulières d'un médecin examinateur, statistiques établies en fonction des définitions ci-dessus. Il ne s'agit donc là que d'une impression personnelle, qui est, néanmoins, valable si on accepte sans restrictions la classification des groupes telle que nous venons de l'exposer. Mais, répétons-le, une certaine équivoque règne encore sur la signification des groupes; les opinions divergent parfois d'un médecin à l'autre (surtout pour la distinction entre Groupes I et II), et on ne saurait considérer comme absolument sûres les statistiques données au chapitre « Résultats », bien qu'une tentative d'unification ait été faite à ce sujet dans le Département.

La surveillance des locaux et cantines scolaires. — Nous n'avons pas à préciser ici une technique d'examen, car tout médecin scolaire connaît à fond les conditions d'hygiène requises pour tout établissement ou pour toute cantine scolaire. Les causes d'insalubrité sont en général immédiatement signalées par l'instituteur qui est le premier à en souffrir : le médecin procède à des cons-

tatations et non à un dépistage. En règle générale, on peut dire que les constatations d'insalubrité sont faciles et évidentes, que les améliorations sont rares et difficiles à obtenir. Dans nos écoles du Midi, signalons que sont très souvent signalés : la vétusté des bâtiments, la vétusté du matériel scolaire, le surpeuplement et les cubages d'air insuffisants, le manque d'eau potable, l'insalubrité des W.C., l'insuffisance des cours et des préaux.

En ce qui concerne les cantines, les locaux sont en général trop petits (lorsque ce n'est pas une salle de classe qui sert de cantine), et peu accueillants. L'alimentation est presque exclusivement végétarienne, étant donné le prix de la viande et le manque de subventions; cette sous-alimentation carnée en fait de viande de boucherie est souvent prolongée à la maison; tant à la ville, où la viande fait souvent défaut au repas du soir, qu'à la campagne où l'enfant consomme abusivement de la viande de porc conservée. Il y a donc à la fois sous-alimentation et dys-alimentation.

Il est par conséquent inutile de rappeler ici le caractère bienfaisant des cantines lorsque les menus sont judicieusement équilibrés; ces cantines sont dans le Département en nombre insuffisant et les critiques justifiées qu'on peut leur faire s'adressent plutôt au manque de moyens financiers qu'à ceux qui s'occupent de leur gestion; on voit au contraire nombre d'instituteurs accepter volontiers ce supplément de travail, ces nouvelles responsabilités, et faire ainsi preuve d'un grand dévouement.

Mais la question qui nous importe ici est de savoir qui doit donner son avis et ses conseils pour la composition des menus des cantines. En 1921, le Conseil Municipal de Paris, après entente avec la Commission d'hygiène scolaire et la Société d'hygiène alimentaire, avait élaboré un règlement des cantines scolaires où étaient cités quelques menus-types. L'art. 4 précisait que « les médecins inspecteurs surveilleront le fonctionnement des cantines et avertiront les organisateurs au cas où ils estimeraient que l'alimentation donnée aux enfants s'écarte trop fortement des menus-types... un rapport sera fourni trimestriellement par les médecins inspec-

teurs dans lequel seront mentionnées les observations faites sur l'exécution des prescriptions alimentaires ». C'est bien en effet le rôle du médecin scolaire de s'assurer de l'équilibration des menus. Le médecin doit, d'une part, dénoncer le danger de certains déséquilibres : abus des légumes secs, insuffisance des viandes, excès de pain, insuffisance de légumes verts et de fruits; d'autre part, insister sur la nécessité d'apporter à l'enfant une quantité suffisante d'albumines d'origine animale, albumines dont l'enfant a besoin pour couvrir sa croissance. S'il apparaît difficile d'imposer dans les communes rurales des menus-types, en raison des difficultés que l'on éprouve à faire cadrer approvisionnements et subventions, du moins le médecin scolaire doit-il intervenir pour que l'écolier trouve dans ses aliments de quoi pourvoir aux besoins énergétiques de sa croissance.

Epidémiologie. — Il est relativement rare que le médecin scolaire dépiste une maladie contagieuse chez un élève au cours d'une visite périodique; mais par contre il est très fréquent qu'il visite une école où sévit une épidémie, il a dès lors un rôle d'expert à jouer. Il doit donc être au courant des durées d'éviction des diverses maladies (modifications récemment apportées par le Conseil Supérieur d'Hygiène) pour être capable de répondre aux questions qui lui sont posées par l'instituteur et pouvoir résoudre les cas particuliers. Ainsi : les frères et sœurs du malade peuvent-ils fréquenter l'école, ou sont-ils soumis à l'éviction? Quelles mesures faut-il prendre vis-à-vis de l'instituteur dont l'enfant ou le conjoint est atteint? Faut-il ou non procéder au licenciement de l'école? Cette dernière question, très délicate, ne peut être tranchée que par un spécialiste parfaitement au courant des lois de l'épidémiologie. D'autre part le médecin scolaire doit bien préciser que la désinfection de la classe n'est pas une mesure forcément et toujours nécessaire, et savoir indiquer dans quels cas elle doit être pratiquée.

A l'épidémiologie se trouve étroitement rattachée la question des vaccinations obligatoires, qui dans le Département ne sont pas assurées par les médecins scolai-

res mais par la Direction Départementale de la Santé, comme le prévoient d'ailleurs les textes; néanmoins le médecin scolaire doit s'assurer que les enfants sont bien vaccinés en se faisant présenter les certificats. En outre, il peut être exceptionnellement chargé de vaccinations (arrêté du 3 juin 1947) ou d'autres tâches, telles que prélèvements rhino-pharyngés en cas d'épidémie de diphtérie.

En résumé, il ne s'agit pas d'une action de dépistage, mais d'une action collective; d'un travail d'expert qui doit viser à protéger la collectivité par des mesures compétentes et s'appuyant sur des textes légaux que l'on s'accorde généralement à trouver insuffisants. L'élaboration d'un « Code épidémiologique scolaire » est éminemment souhaitable.

Education sanitaire. — C'est, à notre avis, une partie très importante de l'action collective du médecin scolaire, mais qui n'en est encore que dans les premiers stades de son organisation. Il est infiniment souhaitable que le médecin scolaire devienne de plus en plus un éducateur capable de répandre dans les écoles des notions d'hygiène pratique, mais il ne pourra consacrer une grande partie de son temps à cette activité que lorsque le système de dépistage des maladies sera parfaitement au point et quasi-automatique; lorsque les suites à donner ne poseront plus de problèmes, et que les effets bienfaisants de ces méthodes se seront fait sentir dans tous les secteurs. Le but suprême de la médecine préventive est bien en effet de créer et d'entretenir chez l'individu le souci de la prévention vis-à-vis de sa propre personne et de lui donner les moyens de se prémunir; ce but, nous pensons que seul l'enseignement de l'Hygiène et sa généralisation permettra de l'atteindre. Mais encore faut-il que le contraste ne soit pas trop grand entre les recommandations du médecin scolaire devenu hygiéniste et l'état sanitaire déplorable de certaines écoles; il y a donc là des tâches urgentes à accomplir.

En Haute-Garonne, M. le Professeur ANDRIEU, Professeur de Bactériologie et d'Hygiène et Directeur du Centre d'Education Sanitaire, a demandé aux médecins

scolaires de faire dans les écoles de courtes causeries sur des sujets d'Hygiène pratique. Le conseil a été suivi et les causeries sont faites; mais si le problème ne se pose pas dans l'enseignement secondaire, par contre on peut se demander à quelle catégorie d'enfants doit s'adresser le médecin chargé du contrôle du 1er degré. Nous pensons que ces causeries ne peuvent être profitables qu'aux enfants de cours de fin d'études et complémentaires, elles complètent alors heureusement les notions d'hygiène prévues dans les programmes. Les enfants, plus jeunes ne peuvent bénéficier que de conseils pratiques donnés quotidiennement par le maître.

Les instituteurs paraissent vivement intéressés par toutes les questions d'ordre médical; précisons que des causeries d'information touchant le fonctionnement des Services d'Hygiène Scolaire sont faites au cours des conférences pédagogiques d'instituteurs (en Haute-Garonne par le médecin délégué départemental).

Pour concrétiser l'effort fait dans le sens de l'éducation sanitaire, citons ces extraits du rapport de M. l'Inspecteur général Favreau, rapport présenté à la 9e Conférence internationale de l'Instruccion publique, et dont les conclusions ont été adoptées à l'unanimité. (« Education Nationale » du 13 mai 1946). On y trouve notamment recommandés :

— L'obligation de l'enseignement de l'Hygiène, de l'école enfantine à l'école normale.

— La notion d'enseignement non magistral mais pratique.

— La prise d'habitudes d'hygiène (propreté) dans les classes élémentaires, la méthode des « Centres d'intérêt » de Decroly dans les classes supérieures.

— L'enseignement de la puériculture, du secourisme, de l'hygiène du travail; les causeries d'éducation sexuelle faites par des médecins.

A cette question d'éducation sanitaire, on peut rattacher le problème de la formation du futur médecin scolaire. Etant donné la complexité des tâches de l'Hygiène scolaire, cette formation apparaît comme éminemment souhaitable et même indispensable.

Le diplôme d'Hygiène scolaire a été officiellement créé par décret dans quelques facultés. Cependant ces « Instituts d'Hygiène Scolaire » ont été soumis à d'importantes critiques avant même leur création, et nous pensons qu'ils sont en effet fort critiquables. D'une part, on leur a fait le reproche justifié de ne pouvoir offrir aux médecins titulaires du diplôme des débouchés suffisants; d'autre part le diplôme lui-même semble avoir été conçu trop vite et de façon trop restreinte. Le problème de la formation du médecin scolaire reste donc à résoudre, mais il semble qu'à la lumière des travaux en cours on commence à envisager les solutions raisonnables.

M. le professeur Andrieu conseille un élargissement du Diplôme d'Hygiène, diplôme qui existe dans toutes les Facultés et qui constitue l'enseignement de base de tout hygiéniste. Le diplôme permettrait alors trois spécialisations différentes, qui correspondraient à trois enseignements différents et à trois « mentions » distinctes, suivant que le médecin se destinerait à devenir médecin de la Santé Publique, médecin de la Sécurité Sociale, médecin scolaire. C'est donc dans le cadre de de l'enseignement de l'Hygiène que serait spécialement orienté vers la pédiâtrie le futur médecin scolaire; celui-ci doit donc être un spécialiste au même titre que les autres spécialistes, ses connaissances portant à la fois sur l'Hygiène et la pédiatrie. C'est là l'idée maîtresse, parfaitement juste croyons-nous; qui constitue la clé de la formation du futur médecin scolaire.

Le problème des débouchés est nettement distinct de celui de la formation, nous pensons que ce problème est étroitement lié à celui du statut des médecins. Nous insistons, au cours de ce travail, sur l'importance de la solidité administrative des services; nous pensons que, de toute nécessité, les médecins scolaires doivent être munis d' un statut solide et fonctionnarisés. En cas de titularisation du personnel de l'Hygiène scolaire, on pourrait alors envisager la création d'un concours sur le plan national, ou mieux régional, et d'une section d'Hygiène scolaire au sein de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Un enseignement très approfondi y serait donné dont ne pourraient bénéficier que les médecins reçus au concours et par là certains de trouver un débouché.

Suites à donner

I. — *Education physique.* En dehors de l'intérêt statistique dont nous avons parlé, on peut se demander quel est le retentissement pratique de la catégorisation des enfants en groupes d'éducation physique. Les groupes I et II sont justiciables, à des titres divers, de l'éducation physique ou de la pratique des sports. Actuellement il est exceptionnel de rencontrer en milieu rural des communes où des séances d'éducation physique sont régulièrement organisées sous la direction d'un moniteur spécialisé. A Toulouse, et dans les chef-lieux de cantons importants, les enfants sont appelés à faire de la gymnastique et à pratiquer certains sports; notons que le contrôle médical du sport scolaire et universitaire, qui est effectif dans le 2e dégré et l'enseignement supérieur devrait l'être aussi dans l'Enseignement primaire.

Le point qui nous paraît le plus important et poser le plus de problèmes est celui que nous avons déjà évoqué des débouchés offerts aux élèves classés en groupe III. Il s'agit, nous l'avons vu, d'enfants justiciables de gymnastique corrective. Soulignons que l'abandon pur et simple de tous ces cas dépistés au début et parfaitement curables conduit à une aggravation des états pathologiques et à leur fixation; d'autre part nombreuses sont les familles n'ayant pas les moyens ou la volonté de fare traiter leurs enfants à titre particulier. Le seul remède consisterait donc à multiplier certains centres. Deux organisations paraissent aptes à recevoir les enfants du groupe III, ce sont les écoles de plein air et les centres de récupération physique. Dans les premières, les enfants sont soumis à des conditions d'hygiène strictes : les séances de gymnastique corrective, les jeux, s'effectuent sous la direction de moniteurs spécialisés et sous contrôle médical; les enfants apprennent à se tenir droits et à respirer (en Haute-Garonne, école de Dabeaux). Les seconds ont été créés par la direction générale de l'Education Physique et Sportive; des séances de gymnastique corrective y sont organisés. Nous avons déjà cité l'Institut de Physiothérapie, qui prend en char-

ge les enfants de la ville de Toulouse; actuellement disons que le médecin scolaire ne dispose que de débouchés insuffisants pour les enfants du département classés en groupe III.

2. — *Locaux et cantines.* Il existe dans chaque école un « casier sanitaire », imprimé où figurent, outre un plan de l'école, un questionnaire sur l'état des locaux, des dépendances, sur le pourcentage des vaccinations effectuées, la présence ou l'absence d'eau courante, le mode de balayage des classes, etc. Le médecin scolaire doit y inscrire ses observations; un extrait de ce casier est envoyé annuellement à l'Inspection Académique par l'instituteur. Les causes graves d'insalubrité sont signalées par le médecin, à la fois au Directeur départemental de la Santé et à l'Inspecteur d'Académie qui « instruisent l'affaire et proposent ou font imposer les mesures nécessaires ». (Circulaire du 19 septembre 1949).

3. — *Epidémiologie.* Le médecin scolaire a charge de faire appliquer les dispositions légales. Les suites à donner sont précisées dans les textes que nous verrons plus loin.

Textes se rapportant à l'action collective du médecin scolaire

Ordonnance du 18 octobre 1945 :

Ce texte fondamental prévoit, dans son article 5, l'établissement d'un casier sanitaire des locaux et dépendances. Dans son article 10, l'Ordonnance déclare la Direction de l'Hygiène Scolaire compétente pour le Contrôle médical de l'éducation physique et sportive scolaire. Le contrôle médical en milieu extra scolaire est dévolu au Bureau médical de la direction générale de l'Education Physique et Sportive, comme le précise l'arrêté du 11 mars 1946, relatif au contrôle médical des activités physiques et sportives extra-scolaires.

La circulaire du 17 janvier 1946, concerne l'épidémiologie mais reste assez imprécise dans ses termes (B.O. du 24 janvier 1946).

L'arrêté inter-ministériel du 15 septembre 1947, détermine les conditions d'établissement du casier sanitaire des locaux et dépendances scolaires (J.O. du 23 septembre 1947.

La circulaire conjointe Education Nationale-Santé Publique, du 19 septembre 1949, tente une synthèse des différentes textes. Cette circulaire précise notamment les suites à donner en épidémiologie. « Le directeur départemental de la Santé, qui se tient en liaison avec l'Inspecteur d'Académie, ou le cas échéant avec le Recteur, propose ou prescrit les mesures qu'il juge utiles et contrôle l'application de ces mesures dans les établissements scolaires. Il peut, pour ce contrôle, se faire aider par les médecins examinateurs scolaires ». Nous avons vu plus haut ce qui a trait, dans cette circulaire, à l'inspection des locaux.

L'arrêté du 16 décembre 1949, portant création d'un certificat d'études spéciales d'Hygiène Scolaire et Universitaire. (J. O. du 25-12-1949). Ce certificat est institué dans les Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie, autorisées à le délivrer par arrêté ministériel après avis de la section permanente du Conseil de l'Enseignement Supérieur (Art. 1). Nous avons insisté plus haut sur les lacunes de ce diplôme et sur l'importance des modifications à y apporter.

Nous pensons avoir défini avec précision les tâches du médecin scolaire; pour être complets nous terminerons en citant quelques activités que l'Administration Centrale a officiellement séparées du domaine propre de l'Hygiène scolaire. Certaines de ces activités peuvent cependant rentrer dans les attributions du médecin scolaire, à titre exceptionnel et après entente avec les services qui en sont normalement chargés, ce sont : le contrôle des Ecoles Maternelles (enfants âgés de moins de 6 ans) qui relève en principe du département de la Santé Publique; le contrôle médical des délivrances de certificats médicaux pour les examens d'entrée en sixième, les certificats d'études, les concours d'entrée à l'Ecole Normale; les examens particuliers en vue de l'orientation professionnelle. Certaines activités sont entièrement séparées du do-

maine de l'Hygiène Scolaire; ce sont les vaccinations (Département de la Santé) et la surveillance des colonies de vacances (Direction Générale de la Jeunesse et des Sports et Santé Publique). En ce qui concerne ce dernier point la situation n'est pas claire et « des échanges de vues ont lieu entre les services intéressés en vue de l'améliorer ».

Conclusions du Chapitre Premier

Si nous nous sommes attachés à décrire et à préciser les tâches de l'Hygiène Scolaire, c'est qu'il nous a paru nécessaire de prouver l'utilité du service avant de décrire sa structure administrative. Nous avons montré que l'action sanitaire peut et doit s'exercer en milieu scolaire et qu'on ne saurait se passer d'une telle action, que cette action est formée de tâches multiples et complexes. Nous avons décrit obligatoirement la partie administrative qui se trouve étroitement liée à la partie technique : les imprimés à remplir et les suites à donner aux examens de dépistage. Nous avons cité les principaux textes autorisant l'action individuelle et collective du médecin scolaire; nous avons vu que ces textes, loin d'être trop nombreux, étaient parfois insuffisants ou imprécis. Après cet exposé des motifs, il est donc naturel d'être amené à se demander comment pourrait légitimement se concevoir l'organisation des services de l'Hygiène Scolaire. Mais, quelle que soit cette organisation, soulignons que l'exposé des motifs que nous venons de faire apparaît d'emblée comme suffisamment important et complexe pour justifier une structure administrative cohérente, solide et autonome. Un médecin scolaire, cela est bien évident, ne peut s'acquitter avec foi de tâches aussi multiples et délicates s'il ne fait pas partie intégrante d'un ensemble solide, s'il se sent à tout moment discuté ou critiqué, si ses actes ne sont pas couverts par des textes précis. Seule une structure administrative solide peut faire considérer comme naturelle et légale la présence du médecin à l'école, seule elle peut faire apparaître comme naturelles et rentrant dans le cadre de l'obligation scolaire les diverses mé-

thodes de dépistage, notamment les cuti-réactions, seule elle peut permettre de lutter contre l'absentéisme systématique le jour de la visite médicale.

En faisant respecter la visite médicale le médecin fait respecter l'obligation scolaire, car les examens médicaux périodiques sont aussi obligatoires que la présence de l'enfant à l'école; c'est pourquoi, dans la structure actuelle de l'Hygiène Scolaire, il est apparu comme logique que de tels pouvoirs soient délégués au médecin par le Ministère de l'Education Nationale et non par le Ministère de la Santé. Il s'agit certes de mesures sanitaires intéressant la collectivité et la santé publique, mais il s'agit d'une collectivité spéciale où le médecin ne peut agir efficacement que s'il est muni de pouvoirs analogues et de même nature que ceux de l'instituteur ou de l'Inspecteur primaire.

Ce caractère d'obligation de la visite médicale, caractère commun à beaucoup d'examens pratiqués en médecine collective, est particulièrement important car c'est lui qui autorise le médecin à franchir le seuil de l'école et à procéder aux examens. Tout médecin scolaire conscient de son rôle se demande avec une nuance d'inquiétude, chaque fois qu'il pénètre dans une école, s'il est vraiment muni de pouvoirs suffisants; il pénètre en effet en un lieu où l'instituteur exerce en temps normal une autorité pleine et entière, en vertu de pouvoirs conférés par une autorité administrative. N'est-il pas logique d'accorder aux médecins les mêmes pouvoirs venant de la même autorité, sous peine de l'obliger a demander à l'instituteur l'autorisation de pratiquer ses examens? N'hésitons pas à dire que le manque de solidité administrative et le tiraillement continuel des services de l'Hygiène Scolaire entre deux ministères différents enlèvent toute autorité au médecin scolaire et font presque autant pour déconsidérer la visite médicale aux yeux du personnel enseignant que le manque de sérieux des examens.

Nous étudierons succintement la structure administrative des services en général et décrirons l'organisation actuellement en vigueur dans le département.

Chapitre II

STRUCTURE ADMINISTRATIVE

Historique général.

Une constatation d'ordre général domine l'ensemble de cet historique : jusqu'en 1945 il n'existait que peu de rapports entre les textes parus et les organisations effectives. Les textes ne furent que des projets de loi, des projets de décrets, tout au plus des lois sans décrets d'application; les organisations ne furent que des initiatives départementales ou communales. Certes, ces organisations furent inspirées par les textes, mais il n'en reste pas moins vrai que jusqu'en 1945 l'inspection médicale scolaire ne fut jamais envisagée sur le plan national. Il apparaît donc comme logique d'examiner séparément dans cet historique les textes et les organisations effectives.

1° — Les Textes. On ne saurait remonter au-delà de 1793, date à laquelle SIEYES, DAUNOU et LAKANAL proposent un décret à la Convention Nationale. Ce décret prévoyait la visite des écoles nationales par un officier de santé du district, mais ne fut jamais appliqué.

Aucun texte ne mérite ensuite d'être retenu jusqu'à la loi organique du 30 octobre 1886 sur l'enseignement primaire, qui précise au paragraphe 7 de son article 9 que « l'inspection des établissements d'instruction pri-

maire publics ou privés est exercée au point de vue médical par des médecins inspecteurs communaux ou départementaux ». Ce texte ne rendait pas l'inspection médicale obligatoire mais en établissait le principe; un décret d'application de cette loi du 18 janvier 1887 précisait (art. 141) que « les médecins n'auront entrée dans les écoles qu'après avoir été agréés par le Préfet..., leur inspection ne pourra porter que sur la santé des enfants, la salubrité des locaux, et l'observation des règles de l'Hygiène Scolaire ». Ces textes sont intéressants en ce qu'ils considèrent le médecin inspecteur comme un agent du département ou de la commune muni de pouvoirs délégués par l'autorité préfectorale.

Rappelons pour mémoire que la législation de l'époque comporte des textes importants concernant l'hygiène des écoles : l'instruction spéciale du 18 janvier 1887 concernant la construction, le mobilier et le matériel d'enseignement des écoles maternelles publiques; une instruction analogue (même date) pour les écoles primaires élémentaires.

Le 18 août 1893, paraît le « Règlement modèle relatif aux prescriptions hygiéniques à prendre dans les écoles primaires, pour prévenir et combattre les épidémies » ; le célèbre arrêté du 3 février 1912 « relatif à la durée d'isolement à prescrire pour les élèves d'établissements d'enseignement public ou privé atteints de maladies contagieuses » en modifiait l'article 14. (Les dispositions de cet arrêté ont récemment été modifiées par le Conseil Supérieur d'Hygiène).

Mais tous ces textes ne tendaient nullement à organiser l'inspection médicale scolaire, celle-ci restait donc soumise aux initiatives locales et n'avait aucune chance d'unification sur le plan national. Aussi, de 1910 à 1943, entre-t-on dans une période que l'on pourrait appeler « la période des projets de loi », projets qui se succédèrent au Parlement à intervalles réguliers mais qui restèrent toujours lettre-morte. Beaucoup de grandes villes et de départements s'en inspirèrent cependant pour s'organiser de leur propre initiative. Nous ne citerons que les plus importants : Gabriel Doumergue en 1910, Doisy en 1911, Gilbert Laurent en 1920, Herriot en

1928. Sellier et Dézarnault en 1937; rapports de Georges Legros en 1929, de Paul Strauss au nom de la Commission de l'Hygiène, de l'Assistance, de l'Assurance et de la Prévoyance sociales du Sénat, en 1933.

Le projet de loi Herriot mérite une mention particulière; il prévoyait : l'organisation *obligatoire* d'un service d'inspection médicale scolaire dans chaque département (art. 1); placé sous l'autorité du Préfet (article 2); dirigé par l'Inspecteur Départemental d'Hygiène et contrôlé par les autorités académiques (art. 3). L'art. 3 précise en outre que l'inspection est assurée par des médecins inspecteurs se consacrant uniquement à leurs fonctions publiques. L'art. 4 crée l'Adjointe d'Hygiène Scolaire et précise ses fonctions. L'art 5 précise le rôle du médecin scolaire, mais d'une façon très succinte, et ne parle pas de l'examen médical du personnel enseignant pourtant si important, et qui n'est mentionné dans aucun texte antérieur à l'Ordonnance du 18 octobre 1945. L'art. 6 institue le « casier sanitaire » pour chaque école, et l'art. 7 une sorte d'ébauche de ce qui est actuellement la « visite d'admission ». L'art. 8 institue la « fiche médicale scolaire ».

Ce projet de loi, préfiguration de l'organisation actuelle, a évidemment une grosse importance ; on y envisage l'obligation de l'examen; l'inspection médicale est unifiée et rendue semblable dans chaque département; elle est attribuée à des médecins à temps plein et ne faisant pas de clientèle. Cependant, on peut lui adresser d'importantes critiques : l'unification sur le plan départemental n'est pas une véritable unification, elle empêche notamment la standardisation des imprimés sur le plan national; ce qui a trait à la technique de l'examen ne fait nulle mention de l'examen médical des maîtres et surtout des suites à donner aux examens médicaux; le système des médecins à temps plein est adopté mais le statut de ces médecins n'est pas précisé : sont-ils fonctionnaires départementaux ou simplement liés par contrat? Notons que ce projet ne concerne que l'enseignement primaire public (art. 1), et ne rend pas l'inspection obligatoire dans les établissements privés. Les tentatives de législation qui suivirent comblaient

plus ou moins ces lacunes. Ainsi, le rapport fait au nom de la Commission de l'Hygiène sur le projet de loi relatif à la Protection de la Santé Publique, par Georges Legros, Député, étendait l'inspection médicale aux établissements privés et précisait dans son art. 28 « l'inspection médicale a pour objet... la prophylaxie des maladies contagieuses à l'école, tant en ce qui concerne les maîtres que les élèves ». On n'enregistre cependant aucune tentative d'unification sur le plan national.

Citons encore deux textes : le décret du 15 juillet 1921, qui rend obligatoire l'inspection des écoles maternelles; et « l'acte dit loi » du 13 août 1943. Ce dernier texte est important en ce sens que l'inspection médicale y reçoit une sanction légale et qu'on y pose l'obligation de l'examen, mais il ne reçut aucun commencement d'exécution et ses décrets d'application ne parurent pas.

2°. — *Les organisations.* En l'absence de textes précis elles furent laissées aux initiatives communales et départementales, et par conséquent très disparates considérées sur l'ensemble du territoire. Des hommes tels que Jules Ferry et Victor Duruy tentèrent de favoriser l'extension de l'inspection médicale scolaire.

Certaines grandes villes s'organisèrent de bonne heure : Lyon dès 1880, Paris et la Seine en 1885 (réorganisation en 1910), Nancy en 1912; Rouen, Saint-Etienne, Alger, Bordeaux et Toulouse en 1925. Les départements ne suivaient que d'assez loin; en 1926, 29 seulement possédaient leur système d'inspection.

Aucune tentative d'unification n'existait et les systèmes étaient extrêmement dissemblables, les discussions portant surtout sur une question de principe : fallait-il confier l'inspection à des médecins praticiens ou à des médecins à temps complet? Nous ne reprendrons pas ici cette discussion, elle semblerait à l'heure actuelle périmée; nous avons essayé de démontrer en étudiant la doctrine de l'Hygiène Scolaire que les tâches du médecin scolaire étaient suffisamment multiples et complexes, que son autorité vis-à-vis du personnel enseignant devait être suffisamment bien établie, pour justifier l'existence d'un service administratif solide, cen-

tralisé, assurant l'unification totale de l'Hygiène Scolaire, et n'employant que des médecins se consacrant uniquement à leurs fonctions publiques. Ce principe semble maintenant acquis. Nous exposerons seulement pour mémoire la situation telle qu'elle se présentait en France en 1932, en l'absence de tout texte précis.

Une vue d'ensemble montre de façon évidente la bizarrerie de la situation à cette époque et l'absolue nécessité de l'unification de l'Hygiène Scolaire sur le plan national.

Deux départements, l'Eure et la Charente Inférieure, avaient adopté le système d'inspection par le médecin de famille : celui-ci pratiquait un examen de l'enfant et faisait part de ses constatations à la famille et à l'instituteur. Par la suite, ce dernier jugeait de sa propre autorité si l'enfant devait être revu ou non par son médecin, c'était lui aussi qui décidait si une inspection à l'école était nécessaire. Il y avait là une véritable consécration médicale de l'instituteur : l'application de ce système soulevait, comme on peut s'en douter, d'énormes difficultés. D'autres départements, les plus nombreux, avaient adopté le système d'inspection par les médecins praticiens; d'autres encore faisaient appel à des médecins fonctionnaires. Enfin, de nombreux départements étaient sans organisation aucune.

Certains départements étaient dotés d'inspections organisées dans le cadre départemental, faisant appel soit à des médecins praticiens soit à des médecins fonctionnaires (1).

D'autres possédaient une inspection organisée dans le cadre communal; ils ne faisaient donc appel qu'aux médecins praticiens, certaines communes possédant une inspection et pas d'autres (2). Dans la Gironde, Bor-

(1) Ain, Aisne, Ardennes, Aube, Calvados, Cher, Corrèze, Côte-d'Or, Doubs, Eure, Gard, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Loire, Manche, Marne, Moselle, Oise, Puy-de-Dôme, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Vienne, Seine-et-Marne, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse.

(2) Allier, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Ariège, Aude, Belfort, Cantal, Charente, Charente-Inférieure, Corse, Dordogne,

deaux était organisé et autonome, mais il n'existait aucune organisation départementale. Paris et le département de la Seine étaient bien organisés; Lyon et Toulouse avaient leur organisation autonome. Les autres départements étaient sans organisation aucune, notamment les Bouches-du-Rhône et la ville de Marseille. Il n'y avait donc, en résumé, aucune organisation sur le plan national.

Dans la Haute-Garonne (en dehors de Toulouse qui était autonome, le service municipal annexé au Bureau d'Hygiène ayant été créé en 1925), l'organisation était basée sur le principe de la prise en charge par la Fédération des Syndicats médicaux du Sud-Ouest. L'imprimé essentiel était le livret de santé de l'Union des Syndicats médicaux de France. Un contrat collectif unissait le département et la Fédération et un règlement de service avait été élaboré. L'inspection était confiée aux médecins praticiens, mais les familles conservaient le droit de faire examiner leurs enfants par le médecin de leur choix qui devait inscrire ses observations sur le livret de santé.

En 1941, pendant une courte période transitoire, quelques médecins fonctionnaires furent nommés.

L'inspection médicale scolaire fut ensuite organisée par la Direction Départementale de la Santé de la Haute-Garonne, qui recruta par concours des « médecins inspecteurs des écoles et vaccinateurs », médecins contractuels à temps plein. Les autres départements adoptèrent des solutions diverses, jusqu'à l'Ordonnance du 18 octobre 1945.

Drôme, Eure-et-Loir, Finistère, Indre, Isère, Jura, Landes, Loiret, Loire-Inférieure, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Lozère, Lot-et-Garonne, Haute-Marne, Morbihan, Nièvre, Orne, Nord, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Basses-Pyrénées, Sarthe, Haute-Savoie, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Vendée, Vienne, Vosges.

Organisation actuelle.

Elle apporte ce qui manquait aux organisations antérieures : *l'unité*. L'unification des imprimés, l'unification de la doctrine et des méthodes d'examen, permettra au Service des Statistiques d'exploiter les résultats sur le plan national.

Nous essaierons donc de décrire l'organisation actuelle des services nationaux d'Hygiène Scolaire et Universitaire. Mais cette organisation n'est déjà plus maintenant ce qu'elle était à l'origine, immédiatement après la parution de l'Ordonnance du 18 octobre 1945; un décret du 6 septembre 1948 a supprimé la Direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, entraînant d'importants changements au sein du service. Nous envisagerons donc la structure du service avant et après la suppression de la Direction, que d'aucuns voudraient, avec raison, voir rétablie sous la forme d'un « Service Ministériel d'Hygiène Scolaire et Universitaire ».

1° — *La situation d'octobre 1945 à septembre 1948.*

La protection des enfants d'âge scolaire et du personnel des établissements de tous ordres est confiée à la Direction de l'H. S. U. « Cette Direction est née à Alger, et issue de l'accord du Commissariat de l'Education Nationale et du Commissariat aux Affaires Sociales » (extrait des « Documents I » - Dr Douady). La Direction représente l'Hygiène Scolaire à l'échelon national, et a pour mission d'élaborer une doctrine, de donner des directives techniques, d'assurer la continuité et l'unité du contrôle médical dans le 1°, le 2° degré, l'enseignement technique et supérieur. Elle comprend trois bureaux affectés l'un aux affaires sanitaires de l'Enseignement Primaire, l'autre à celles des enseignements secondaire et technique, le troisième à la médecine préventive universitaire et aux affaires courantes. Son personnel comprend un Directeur, trois médecins inspecteurs généraux, une assistante sociale chef et son adjointe.

A l'échelon académique existe, auprès du Recteur, un Médecin Inspecteur. Ce médecin, seul fonctionnaire des services extérieurs de l'H. S. U., est chargé d'une mission technique permanente d'inspection et de la coordination des activités du personnel médical et social dans les départements dépendant de l'Académie. Il est secondé par une assistante sociale chef.

A l'échelon départemental existe un service administratif faisant partie des services de l'Inspection Académique. Un médecin conventionné, placé sous l'autorité de l'Inspecteur d'Académie, est chargé de la direction de l'Hygiène Scolaire dans le département et prend le titre de « Médecin délégué départemental ». Il assure tout le travail administratif du service, joue le rôle de conseiller technique auprès de l'Inspecteur d'Académie pour toutes les questions touchant l'Hygiène Scolaire, il a en outre la charge d'un secteur réduit. Dans les départements chef-lieux d'Académies il est l'auxiliaire du Médecin Inspecteur régional.

2° — *La situation actuelle.*

Le décret du 6 septembre 1948, pris sous couvert de la loi du 17 août 1948 tendant au redressement économique et financier, supprime la Direction de l'H.S.U. du Ministère de l'Education Nationale, ainsi que les services qui en relèvent, et prescrit l'organisation de l'inspection médicale des écoles dans le cadre départemental.

Ce décret supprimait la tête de l'Hygiène Scolaire, et le terme d'« inspection médicale scolaire organisée dans le cadre départemental » rappelait fâcheusement les anciennes organisations avec leur caractère disparate. Le travail accompli était donc sérieusement compromis. Cependant, malgré ces mesures draconiennes, on n'a pas assisté à la disparition ni à l'effritement des services extérieurs : les inspections régionales et départementales sont restées intactes, ce qui a sauvegardé l'unité du service sur le plan national. Examinons quelques conséquences du décret du 21 décembre 1948, décret qui suit le précédent et qui porte organisation de l'H.S.U. dans le cadre départemental. Nous empruntons

ces notions au Dr A. Robert, Inspecteur général honoraire de l'H.S.U.

1° — L'art. 4 du décret prévoit que, dans les départements où siège le Rectorat d'Académie, l'inspection médicale scolaire doit être assurée sous l'autorité du Recteur. Les Inspecteurs d'Académie, directeurs de tous les services de l'Education Nationale, sont dans ces départements dépossédés d'une attribution légale.

2° — Le pouvoir de nomination des médecins scolaires et des assistantes était conféré aux Recteurs par le décret organique du 26 novembre 1946, non abrogé. Ce pouvoir est maintenant remis aux Préfets.

3° — Le médecin délégué départemental n'est plus qu'un médecin scolaire « chargé du secteur siège de l'Inspection d'Académie » (art 1er). Il s'agit là d'une diminution morale imméritée qui place le service départemental en état d'infériorité.

4° — Des modalités générales de fonctionnement tendent à dissocier les services extérieurs de l'Hygiène Scolaire et à diminuer l'influence de l'Education Nationale.

Le pouvoir de nomination du personnel médical et social étant retiré aux autorités universitaires, le Docteur Robert estime à juste titre que les services d'Hygiène Scolaire risquent d'être livrés aux influences locales.

L'échelon central, cependant, n'a pas disparu, bien qu'il ait été réduit à une attribution de « Services Sanitaires et Sociaux », services qui font partie de la Direction de l'Enseignement Supérieur (décrets du 6 septembre 1948 et du 31 janvier 1949) et sont administrés par un administrateur civil.

En résumé, les services de l'Hygiène Scolaire comprennent actuellement :

— L'échelon central : ce sont les Services Sanitaires et Sociaux de la Direction de l'Enseignement Supérieur.

— L'échelon régional.

— L'échelon départemental.

Ces deux derniers échelons sont semblables à ceux précédemment décrits.

Au service départemental se trouve rattaché le *personnel médical et social.*

Les médecins sont des « médecins examinateurs scolaires », que l'on peut aussi appeler d'une façon administrativement plus exacte « médecins de secteur ». Ces médecins ont en effet la charge d'un secteur groupant approximativement 8.000 enfants; ils assurent dans chaque commune au moins une visite médicale annuelle; ce sont (en ce qui concerne l'Enseignement Primaire et en dehors du département de la Seine) des médecins conventionnés à temps plein ne faisant pas de clientèle. Nous avons longuement étudié le rôle du médecin scolaire et les techniques d'examen.

Les auxiliaires médicales portent le nom d'« adjointes d'Hygiène Scolaire ». Elles se recrutent en partie parmi les assistantes sociales pourvues du diplôme d'Etat, en partie parmi les institutrices intérimaires, et surtout parmi les titulaires du baccalauréat. Une circulaire ministérielle importante est intervenue en date du 8 janvier 1947; citons quelques extraits de cette circulaire (Documents II - « Organisation du contrôle médical dans l'enseignement »).

Les instructions portent notamment :

— Sur le recrutement des adjointes d'Hygiène Scolaire : large appel aux institutrices intérimaires ou suppléantes, formation de celles-ci par des cours ou des stages.

— Sur l'engagement des assistantes sociales aux divers échelons. Des représentants des autorités universitaires et des syndicats de l'Enseignement figureront au sein des commissions qui examineront les candidatures.

— Sur les fonctions du personnel médico-social d'encadrement ;sur son contrôle par l'Inspection générale de l'H.S.U.

Précisons en outre que l'adjointe d'Hygiène Scolaire est essentiellement l'adjointe du médecin examinateur; elle n'a pas à assurer un service social familial et ne doit pas doubler inutilement le service social existant.

Elle doit s'interdire toute pression ou propagande de quelque nature que ce soit à l'égard des familles. Nous avons précisé son rôle de secrétaire médicale au cours des visites périodiques.

Signalons enfin que, dans le programme d'action élaboré par l'Administration Centrale est envisagée une coordination plus étroite des services médicaux et sociaux dans les divers ordres d'enseignements (primaire, secondaire, technique et supérieur). Bien que désireux de nous limiter à l'enseignement primaire, soulignons que dans les divers ordres d'enseignement existe une simple juxtaposition des services, tant au point de vue médical que social, alors qu'une inter-pénétration serait souhaitable. La fusion des services sociaux du 1er et 2e degré serait facilement réalisable et ne présenterait que des avantages (unification de la doctrine) ; il semble que la fusion des services médicaux (par le recrutement de médecins à temps plein pour le 2e degré) soit également souhaitable. La Médecine Préventive Universitaire et les Centres d'apprentissage constituent des problèmes particuliers, et on ne peut encore envisager leur fusion dans l'ensemble du système de contrôle médical des autres établissements.

3° — *Organisation administrative dans la Haute-Garonne*

Cette organisation est conforme à celle que nous avons décrite ci-dessus. A Toulouse, chef-lieu d'Académie, siège l'Inspection Régionale de l'H.S.U. Le Médecin Inspecteur a le contrôle de 8 départements : Lot, Hautes-Pyrénées, Ariège, Gers, Aveyron, Tarn, Tarn-et-Garonne, Haute-Garonne. Le service départemental d'Hygiène Scolaire fait partie des services de l'Inspection Académique ; le département est divisé en cinq secteurs justifiant l'activité de cinq médecins à temps plein dont le médecin départemental ; ce dernier coordonne et contrôle l'activité des médecins examinateurs, assure le travail administratif du service et a lui-même la charge d'un secteur réduit. Le personnel auxiliaire est en place et au complet : une assistante à l'échelon départemental, et une adjointe d'Hygiène Scolaire pour chacun des médecins

examinateurs, soit quatre au total. Une institutrice déléguée joue le rôle de secrétaire du service départemental dans son travail administratif. Notons que le Médecin Inspecteur Régional ne dispose pas d'assistante régionale, ce poste ayant été supprimé en janvier 1947.

Nous verrons dans le chapitre « Résultats » l'effort accompli par ces services dans le domaine de l'équipement et de l'aménagement des divers secteurs dans le département.

4° — *Aperçu des types d'organisation à l'étranger*

Nous n'avons pu recueillir dans ce domaine qu'assez peu de renseignements.

En Suisse, il existe un corps d'assistantes médico-sociales très étoffé; ces assistantes précèdent le médecin dans les écoles et font un premier triage. Les médecins sont des spécialistes bien outillés qui effectuent une visite sélective d'enfants préalablement sélectionnés. L'examen est donc aprofondi; il n'existe pas de visite systématique de tous les enfants faite par un médecin unique avec des moyens réduits. Ce système paraît doué d'une grande efficacité. Signalons que la Suisse est le seul pays à adapter le nombre hebdomadaire des heures de classe à l'âge des enfants, à la saison, aux conditions locales. Les vacances sont variables suivant les nécessités locales et s'adaptent, comme durée et comme époque, aux travaux agricoles.

En Allemagne, où l'inspection médicale scolaire date de 1897, l'organisation varie avec les Etats et les villes mais est pratiquement générale. Elle est confiée à des médecins spécialisés, une fiche médicale suit l'enfant au cours de toute sa vie scolaire.

Les pays nordiques possèdent une excellente organisation depuis longtemps : Suède, 1878; Norvège, 1891.

L'Angleterre possède une inspection depuis 1908. La responsabilité de son organisation est laissée aux collectivités dans les districts ruraux, mais l'ensemble du système est intégré au Ministère de l'Education, et pour les suites à donner aux examens agit en collaboration étroite avec les organismes du Plan National de Santé.

Principaux textes se rapportant à la structure administrative des Services d'Hygiène scolaire.

Décret du 1er *décembre* 1943, fixant l'organisation du Commissariat à l'Education Nationale et créant le service d'Hygiène Scolaire (Alger).

Décrét du 11 *juin* 1945, portant dénomination et fixant les échelons de traitement des médecins inspecteurs régionaux de l'H.S.U.

Ordonnance du 18 *octobre* 1945, qui précise dans son art. 9 : « Des décrets détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement du service médical et du service social concernant la population scolaire. Ceux qui toucheront à des questions de doctrine médicale seront pris après avis de l'Académie de Médecine ».

Les plus importants de ces textes sont les suivants:

Circulaire conjointe du 9 *mars* 1946, *Education Nationale-Santé Publique*, relative à l'organisation du contrôle médical de l'Enseignement du premier degré.

Arrêté du 7 *juin* 1946, instituant une Commission chargée d'étudier les demandes de subventions des communes pour l'aménagement des Centres médico-scolaires. (J. O. du 13 juillet 1946).

Circulaire du 11 *juin* 1946, relative au contrôle médical dans l'Enseignement du premier degré (B.O. n° 26 du 23 mai 1946).

Circulaire du 17 *octobre* 1946, relative au recensement d'instituteurs ou d'institutrices anciens malades en vue de leur affectation éventuelle à des postes d'enseignement en sanatoriums ou à des postes administratifs de l'H.S.U.

Décret du 26 *novembre* 1946, fixant les modalités d'application de l'Ordonnance du 18 octobre 1945 sur la protection des enfants d'âge scolaire. Citons un extrait de l'art. 14 de ce décret :

« Les visites et examens médicaux de santé visés aux articles 1, 2 et 10 de l'Ordonnance du 18-10-1945

sont effectués par des médecins scolaires de secteur ou par des médecins praticiens... l'activité des praticiens doit être coordonnée par les médecins scolaires de secteur ».

En réalité, l'idée primitive du médecin de secteur transmettant ses directives aux médecins praticiens, d'un « P. C. » représenté par le Centre médico-scolaire, apparaît comme d'une réalisation difficile, et pratiquement on s'est contenté de confier le contrôle médical du premier degré à des médecins scolaires à temps plein. Le contrôle médical du deuxième degré a été jusqu'à maintenant assuré par des médecins praticiens travaillant à temps partiel.

Circulaire du 8 *janvier* 1947, relative au recrutement, à la formation et au contrôle du personnel médico-social (B. O. n° 6 février 1947), texte que nous avons examiné plus haut.

Circulaire conjointe du 30 *janvier* 1947, (Intérieur et Education Nationale), relative à la participation obligatoire des départements et communes aux dépenses du contrôle médical de l'Enseignement du premier degré.

Circulaire du 20 *février* 1947, relative au fonctionnement des Centres médico-scolaires en vue de la visite médicale d'incorporation scolaire.

Signalons que le *système de financement du contrôle médical du premier degré*, trop complexe pour être étudié ici en détail, est schématiquement le suivant : participation de l'Etat : 50% ; des départements : 25% ; et des communes : 25%. Actuellement les ressources s'élèvent à 200 francs par enfant, mais la part de l'Etat est calculée d'après un effectif inférieur à l'effectif réel. D'autre part, quelques départements et communes ne font pas face à leurs obligations, rendant particulièrement ardu et délicat le problème du financement.

Conclusions du Chapitre II.

Après avoir étudié le rôle du médecin scolaire, nous avons vu combien il était nécessaire pour ce médecin d'être intégré dans un ensemble administratif solide. L'Ordonnance du 18 octobre 1945, et les décrets postérieurs, ont tenté d'édifier un système valable sur le plan national dont l'unité serait une garantie de son efficacité. Ce système remplace un ensemble d'organisations disparates et sans textes légaux en vigueur avant 1945, existant soit sur le plan départemental, soit sur le plan communal; à la décentralisation succède une centralisation permettant l'unification de la doctrine et des imprimés.

Cependant les services de l'Hygiène scolaire luttent pour leur existence même : le décret du 6 septembre 1948, en supprimant la Direction, mettait en jeu l'existence des services extérieurs, permettait le retour aux organisations primitives, et compromettait le travail accompli.

C'est pourquoi, si nous rendons ici hommage à l'Administration Centrale actuelle pour avoir su sauvegarder l'intégrité des services extérieurs de l'H.S.U., grâce auxquels des résultats si importants ont pu être obtenus, on ne peut s'empêcher de souhaiter, avec le docteur Auguste ROBERT, l'abrogation du décret du 6 septembre 1948 et l'institution d'un « service ministériel d'Hygiène Scolaire et Universitaire, avec deux bureaux administratifs au lieu de trois, une Inspection Générale composée de deux inspecteurs généraux au lieu de trois » (1).

Citons, pour terminer ces conclusions, ces quelques phrases du professeur Joannon, professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris :

---

1) Le Président du Conseil, ministre des Finances et des Affaires Economiques, avait souligné par lettre du 4 octobre 1948 que la Direction de l'H.S.U. (supprimée le 6 septembre 1948) était transformée en service ministériel, par application de la loi budgétaire du 14 septembre 1948. Mais la loi ne fut pas appliquée.

« La suppression de la Direction de l'Hygiène Scolaire fut une faute. Cette décision absurde a entraîné, sous prétexte d'économies, un gaspillage qu'on ne peut mesurer. Ne parlons d'abord que d'économies financières ; le petit actif est la suppression de quelques traitements. Le large passif qui l'emporte de beaucoup est constitué par toutes les pertes et dépenses qu'engendre le désordre ou la diminution de l'ordre. Qui fera croire qu'un pareil service, affectant quatre enseignements différents, puisse se passer d'une tête ou fonctionner aussi bien qu'avant en étant rattaché artificiellement à un seul de ces enseignements : le Supérieur pour le moment ?... la France est trop pauvre pour s'offrir d'aussi coûteuses réductions de dépenses. »

Chapitre III

RESULTATS

Nous énumérerons ici les principaux résultats statistiques d'ordre administratif et d'ordre médical, obtenus dans le Département de la Haute-Garonne grâce à l'activité des services de l'Inspection Régionale et du service départemental où sont centralisés les rapports d'activité des différents médecins examinateurs. Nous avons laissé entrevoir le sens de ces résultats au cours de l'étude des techniques d'examen dans les écoles.

RESULTATS D'ORDRE ADMINISTRATIF

1°. — Citons d'abord pour mémoire les résultats d'une enquête menée en mai 1946 parmi les membres du personnel enseignant, sur la demande des Directions de l'Enseignement Primaire et de l'Hygiène Scolaire. Les résultats, qui portaient sur 77 départements, firent l'objet d'une publication dans l'*Education Nationale* du 6 février 1947 et furent résumés dans un document publié par le Ministère d'Education Nationale. Ce résumé énonce les questions posées et indique le sens général des réponses; il s'agissait de se faire une idée de l'opinion générale du personnel enseignant sur les systèmes de contrôle médical en vigueur avant l'Ordonnance du 18 octobre 1945.

Question 1. — Quelle est, par rapport à l'effectif scolaire, la proportion des enfants réellement examinés ?
Réponse : proportion forte dans les grandes villes, très faible dans les campagnes.

Question 2. — A quelle cadence les examens sont-ils effectués ?
Réponse : Généralement, rythme trop rapide.

Question 3. — Quand a lieu la visite, et dans quel local ?
Réponse : Les écoliers sont rarement visités deux fois dans l'année. Le local est généralement une salle de classe mal appropriée.

Question 4. — Les parents sont-ils en général satisfaits ?
Réponse : Oui, quand l'organisation est bonne; sinon l'indifférence est la règle, et les parents considèrent la visite médicale comme une simple formalité.

Question 5. — Quelle est l'opinion des maîtres ?
Réponse : En général sévère : le travail est jugé trop superficiel.

Question 6. — Quelle est la suite donnée aux examens ?
Réponse : Conséquences partielles dans les villes; à peu près nulles dans les campagnes.

Question 7. — Qu'existe-t-il en matière d'examen systématique du personnel et du dépistage de la tuberculose ?
Réponse : Rien de sérieux pour l'examen des maîtres.

Question 8. — Existe-t-il un dépistage des enfants déficients ?
Réponse : Négative.

Question 9. — Comment fonctionne le contrôle médical dans les établissements privés ?
Ici, peu de réponses ont pu être enregistrées.

Ces résultats démontrent à notre avis, beaucoup

plus que la répugnance des médecins praticiens à exécuter un travail administratif, l'inconvénient majeur de la décentralisation et de l'organisation des services d'Hygiène scolaire sur le plan départemental ou communal. Ce caractère disparate s'oppose, nous l'avons vu, à l'élaboration de toute doctrine; or on ne peut parler d'Hygiène scolaire que si l'on peut définir une doctrine uniforme et un plan d'action bien établi; c'est pour l'Hygiène scolaire, croyons-nous, le seul moyen de ne plus être discutée par le corps enseignant.

2°. — Examinons maintenant les résultats obtenus dans le département de la Haute-Garonne. En ce qui concerne *les locaux sanitaires*, voici quel était le bilan au 31 décembre 1948, pour toute l'Académie de Toulouse :

Centres médico-scolaires définitifs	6
Centres médico-scolaires provisoires	6
Locaux sanitaires	8
Total de centres médico-scolaires en fonctionnement	20
Projets de centres médico-scolaires	14
Total général	34
Communes sans projets	12
Projets à subventionner	8

Pour le département, mentionnons à Toulouse le centre médico-scolaire de l'école Lakanal, récemment inauguré, réalisation très importante comprenant cabinet dentaire, appareil de radio-photographie, laboratoire, et permettant d'examiner un grand nombre d'enfants; les centres de Saint-Gaudens (dont les locaux sont situés au rez-de-chaussée du dispensaire d'Hygiène Sociale) et de Muret.

En ce qui concerne l'*organisation des secteurs*, nous donnerons les précisions suivantes :

Cinq médecins au total du service départemental se partagent le département. Trois de ces médecins résident à Toulouse et ont la charge du Nord, de l'Ouest, et de l'Est du département, soit vingt-trois cantons. Deux autres médecins se partagent la partie Sud, très étendue et d'exploration souvent difficile en raison de

son caractère montagneux; l'un de ces médecins réside à Saint-Gaudens l'autre à Carbonne. Ces deux médecins ont la charge de 16 cantons.

Au service municipal de la ville de Toulouse sont attachés six médecins.

Les médecins sont secondés par des assistantes. Au service départemental, outre l'assistante départementale, sont attachés deux infirmières hospitalières, une infirmière Croix-Rouge, et trois institutrices intérimaires.

Au service municipal sont attachées cinq assistantes sociales, une aide médico-sociale, et trois infirmières hospitalières.

Ce personnel seconde les médecins examinateurs départementaux et municipaux dans leur travail.

Effectifs examinés

1°. — *Service départemental.* Pour l'année 1948-1949, sur un effectif total de 28.322 enfants, 24.801 ont été examinés, soi 87%. En 1946-1947, 77% seulement de l'effectif avait été examiné, et en 1947-1948, 80%; une progression constante a donc été observée au cours de ces trois dernières années.

2°. — *Service municipal.* Le service municipal de Toulouse a examiné, au cours de la même année, 22.766 sur un effectif total de 24.505, soit 93% de cet effectif, contre 89% en 1946-1947 et 92% en 1947-1948.

En ce qui concerne les *visites d'admission dans les écoles*, deux tableaux simples permettront d'avoir une vue d'ensemble :

ANNEE 1949-1950. TOULOUSE ET DEPARTEMENT

	1er TRIMESTRE :	2e TRIMESTRE
Enfants examinés....	11.075	13.437
En cours de scolarité.	8.652	11.717
Au titre de la visite d'admission	2.423	1.720
ainsi répartis :		
Aptes	1.889 soit 77%	1.360 soit 79%
A surveiller.....	532 soit 22,9%	537 soit 20,8%
Inaptes	2 soit 0,1 %	3 soit 0,2%

Pour l'année 1948-1949, sur 47.567 enfants examinés, 8.658 l'ont été au titre de la visite d'admission. A Toulouse, sur 3.655, 2.512 ont été déclarés « aptes », soit 68,7%, et 1.153 « à surveiller », soit 31,3%. Dans le département, sur 4.933, 4.032 ont été déclarés « aptes » soit 81%, et 961 « à surveiller », soit 19%.

Ces différents chiffres montrent la constance relative d'enfants « aptes » et « à surveiller ». Très peu d'enfants sont déclarés inaptes à toute vie scolaire. Les enfants déclarés « à surveiller » le sont pour des raisons non encore parfaitement précisées au point de vue doctrinal, mais qui paraissent cependant moins complexes que celles décidant du classement en groupes d'Education Physique. Les enfants examinés au titre de la visite d'admission sont jeunes, et leur organisme est susceptible de transformations complètes au cours de son développement; il ne s'agit là que d'une indication, et l'expression « à surveiller » nous paraît bien choisie. Les affections ou déficiences qui ont fait classer les enfants dans la catégorie « à surveiller » se retrouvent dans la statistique générale des affections non tuberculeuses et tuberculeuses.

En ce qui concerne les *liaisons avec les autres services départementaux*, précisons que ces liaisons se font avec :

1°. — Les services préfectoraux (2e bureau - 4e Division) pour les questions budgétaires.

2°. — Le service municipal de Toulouse, qui, nous l'avons vu est autonome, et géré au point de vue administratif par la Municipalité, mais qui reçoit des directives techniques du service départemental et doit appliquer tous les textes relatifs à l'Hygiène scolaire. Pour tous les imprimés, l'unification est totale sur le plan national.

3°. — Le corps enseignant, par des exposés faits au cours de conférences pédagogiques d'instituteurs par le médecin délégué départemental. Ces conférences ont pour but d'exposer les notions principales concernant la doctrine et la structure des services de l'Hygiène sco-

laire, et d'insister pour que la collaboration entre membres du corps enseignant et médecins scolaires soit totale.

4°. — La Direction Départementale de la Santé. Les rapports sont ici constants, pour enquêtes sociales (les demandes des médecins scolaires sont transmises à l'assistante sociale chef de la Santé), enquêtes sanitaires, enquêtes épidémiologiques et mesures prophylactiques, suites à donner au dépistage de la tuberculose. Nous avons vu qu'un dispensaire de Toulouse réservait le jeudi après-midi aux examens radioscopiques demandés par l'Hygiène Scolaire.

Tels sont les principaux résultats d'ordre administratif : enquête parmi les membres du corps enseignant; centres médico-scolaires; organisation des secteurs et effectifs examinés; pourcentages des visites d'admission; liaisons avec les autres services départementaux. Examinons maintenant les résultats d'ordre proprement médical.

RESULTATS MEDICAUX

Désireux de respecter le plan général de ce travail, nous envisagerons en premier lieu les résultats concernant l'action individuelle du médecin : affections non tuberculeuses; dépistage de la tuberculose; suites données aux examens; en second lieu les résultats concernant son action collective : groupes d'Education Physique; Hygiène des locaux; Epidémiologie; Education Sanitaire.

Action individuelle

1°. — *Résultats concernant les affections non tuberculeuses.* Nous distinguerons ici les résultats du dépistage bucco-dentaire de ceux concernant les autres affections.

1°. — En ce qui concerne les affections non tuberculeuses (sauf le dépistage bucco-dentaire) nous exami-

nerons dans un tableau les résultats obtenus au cours du 2e trimestre 1949-1950. Rappelons que dans cette période ont été examinés 13.437 enfants (5.598 à Toulouse et 7.839 dans le département).

AFFECTIONS NON TUBERCULEUSES (2e trimestre 1949-1950).

AFFECTIONS	Toulouse	Département	Nombre total Toulouse + Dépt	%
Acuité visuelle :				
Nombre d'examens	5.116	7.154	12.270	91 %
Nombre de troubles	550	790	1.340	10,8 %
Acuité auditive :				
Nombre d'examens	5.116	3.537	8.653	64,5 %
Nombre de troubles	20	191	211	2,4
Insuffisances respiratoires spirométriques :				
Nombre d'examens	5.116	7.739	12.855	95,9
Nombre de troubles	139	535	674	5,2
Troubles perméab. nasale	101	332	433	3,2
Attitudes scoliotiques	252	305	557	4,1
Scolioses vraies	29	29	58	0,4
Attitudes cyphotiques	248	651	899	6,7
Cyphoses vraies	20	15	35	0,2
Autres déform. squelettiques.	344	98	442	3,2
Hernies	115	308	423	3,1
Hypertr. amygdaliennes et végétations	491	1.053	1.544	11,5
Adénopathies	732	1.770	2.502	18,6
Hypertr. thyroïdiennes	64	99	163	1,2
Cardiopathies	84	60	144	1,07
Ectopies testiculaires et retards des règles	123	266	389	2,9
Epilepsie	0	5	5	0,03
Urines :				
Nombre d'examens	2.598	7.739	10.337	77,1
Sucre ou albumine	18	69	87	0,6

On remarquera que l'examen des acuités visuelle et auditive, et les examens spirométriques, ne peuvent être absolument systématiques (notamment les enfants trop jeunes ne peuvent lire l'échelle de Monoyer), c'est pourquoi il est nécessaire de préciser le nombre d'examens afin de ne pas fausser la statistique. Il en va de même pour les analyses d'urines; bien que cet examen soit systématique certains enfants, par oubli ou par négligence, ne fournissent pas d'urines. On notera la rareté des cyphoses et scolioses vraies (0,2% et 0,4%) par rapport à la fréquence des attitudes scoliotiques et cyphotiques (4,1 et 6,7%); la relative fréquence des hernies (3,1%) traduisant l'insuffisance musculaire abdominale qui coexiste souvent avec l'insuffisance musculaire généralisée. Les cardiopathies sont rares, de même que les anomalies du système génital; les hypertrophies amygdaliennes, les végétations, les adénopathies sont très fréquentes.

Un tableau comparatif des pourcentages des affections non tuberculeuses a été établi pour les années 1946-1947; 1947-1948; 1948-1949; pour le département et la ville de Toulouse. Nous donnerons ici quelques extraits de ce tableau qui font ressortir une grande stabilité dans ces différents pourcentages. La comparaison des chiffres que nous venons de donner (résultats s'étendant sur trois années scolaires) ne fait que mieux ressortir cette remarquable stabilité.

La stabilité des chiffres est surtout remarquable pour les albuminuries, les ectopies, les cardiopathies, les insuffisances de l'acuité visuelle, les hernies.

AFFECTIONS NON TUBERCULEUSES

Pourcentages

AFFECTIONS	Toulouse			Département			Chiffres déjà donnés 2e Trim. 49-50 Toulouse + Dépt
	1946 1947	1947 1948	1948 1949	1946 1947	1947 1948	1948 1949	
Yeux	9,8%	8,2%	7,5%	9,6%	10%	9,2%	10,8%
Oreilles	0,6	1,6	1,5	0,4	0,8	0,4	2,4
Insuffis. respirat.	1,33	1,4	1,38	6,5	3,6	5,5	5,2
Troubles statique vertébrale.....	11,5	9	8	9	15	11	pourcent. comparable
Hernies	1,3	1,2	2	2,3	2,2	2,1	3,1
Amygdales et végétations.....	9,9	12,7	13,4	10,6	15	11	11,5
Adénopathies	14,7	17,5	16	20	18	16	18,6
Hypertrophies thyroïdiennes	0,2	1,2	2,2	1	3,3	2,1	1,2
Cardiopathies....	0,67	1	0,85	0,79	1,1	0,9	1,7
Ectopies et retards de règles.....	3	2	2	3,8	1,8	2	2,9
Albuminuries et Glycosuries....	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6

Nous examinerons maintenant les résultats du dépistage bucco-dentaire. Ce dépistage est systématique.

DEPISTAGE BUCCO-DENTAIRE

Résultats globaux : Toulouse + Département
année 1949-1950

RESULTATS AU COURS DU 1er TRIMESTRE (enfants examinés : 11.075)	RESULTATS AU COURS DU 2e TRIMESTRE (enfants examinés : 13.437)
Nombre d'enfants ayant des caries non soignées : **874**, soit **7,8** %	.... **1.171**, soit **8,7** %
Nombre d'enfants ayant des malpositions dento-maxillaires : **296**, soit **2,6** %	.... **399** soit **2,9** %
Nombre d'enfants ayant des dents soignées : **305**, soit **2,7** %	.... **527**, soit **3,1** %

Comparons maintenant ces chiffres, comme précédemment, à ceux des trois années scolaires qui viennent de s'écouler :

POURCENTAGES
d'enfants ayant des caries non soignées

TOULOUSE			DEPARTEMENT			Chiffres déjà donnés Toulouse + Départt	
1946-1947	1947-1948	1948-1949	1946-1947	1947-1948	1948-1949	1er trim. 1949-1950	2e trim. 1949-1950
25 %	16 %	12 %	20 %	18 %	8 %	7,8 %	8,7 %

Cette très intéressante comparaison montre l'importance du pourcentage des caries dentaires dans les années qui suivent de près la fin de la guerre, et la nette amélioration au fur et à mesure que l'on s'éloigne des périodes difficiles. Cette amélioration, due en grande partie à de meilleures conditions alimentaires, est certainement due également à l'efficacité du dépistage bucco-dentaire en milieu scolaire. Dans les grandes villes, grâce aux facilités accordées par la Sécurité Sociale qui rembourse en grande partie les soins dentaires (exception faite de la prothèse) les parents tiennent compte des avis reçus et font soigner leurs enfants. En milieu rural on obtient difficilement des résultats comparables; il est vrai que le nombre des assurés sociaux est moins considérable qu'en ville. Il y a cependant une part incontestable de négligence de la part des parents; il est notamment exceptionnel d'obtenir en milieu rural le traitement des caries de la première dentition.

C'est pourquoi, pour autant qu'elle soit difficile à réaliser, la solution du camion dentaire venant traiter sur place les enfants dépistés est-elle infiniment souhaitable. L'augmentation de 2,7 à 3,1 du pourcentage d'enfants ayant des dents soignées, augmentation que l'on remarque dans le 1er tableau, du 1er trimestre au 2ème trimestre 1949-1950, est due essentiellement aux statistiques de la ville de Toulouse; la statistique isolée du Département ne montrerait pas de changement notable.

Les tableaux montrent en outre l'étonnante supériorité des pourcentages des caries non soignées sur ceux des caries soignées (de 7,8 à 2,7 pour le 1er trimestre, de 8,7 à 3,1 pour le 2ème trimestre).

2° — *Résultats du dépistage de la tuberculose.* Nous avons examiné plus haut la technique de ce dépistage. Nous examinerons séparément les résultats concernant les maîtres et ceux concernant les élèves.

1. — *Résultats concernant les maîtres.* Pour les deux premiers trimestres de l'année 1949-1950, nous donnerons les résultats concernant le personnel enseignant et le personnel de service, pour tous les ordres d'enseignement, résultats comprenant le Département et la ville de Toulouse.

ANNÉE 1949-1950

1er Trimestre	2ème Trimestre
Nombre d'examens pratiqués: 149	474
Sujets normaux ou séquelles sans gravité : 147, soit 99%	473, soit 99,8%
Examens complémentaires demandés : 16, soit 11%	41, soit 8,6%
Cas graves nécessitant des congés de longue durée: 2, soit 1,3%	1, soit 0,2%

NOTA. — Les examens complémentaires sont demandés en vue d'un diagnostic, du contrôle de la stabilisation, ou de la surveillance; ils sont donc pris parmi les sujets suspects ou porteurs de séquelles.

Pendant l'année 1948-1949, un gros effort a été fait pour mener à bien le dépistage de la tuberculose chez les maîtres. A Toulouse le personnel des écoles a subi des examens radioscopiques au Dispensaire d'Hygiène Sociale, examens effectués par le médecin phtisiologue du Dispensaire en présence du médecin assistant l'Inspecteur d'Académie. Dans le Département, le

personnel a subi au même titre que les élèves un examen radio-photographique.

Nous donnerons les résultats numériques de l'année 1948-1949 afin de pouvoir les comparer avec les chiffres précédents de l'année 1949-1950 :

Nombre d'examens :	848	
Images thoraciques normales :	715, soit	84,3%
Affections pulmonaires suspectes de tuberculose et nécessitant un examen complet :	15, soit	1,8%
Images cardiaques, osseuses, ou digestives :	4, soit	0,4%
Affections tuberculeuses ayant nécessité un congé de longue durée :	2, soit	0,2%

Ces deux maîtres, justiciables de congés de longue durée, ont été examinés par M. le Professeur Morel, médecin phtisiologue départemental de l'Hygiène Scolaire. Il s'agissait de tuberculoses pulmonaires évolutives, toutes deux décelées à la suite de cuti-réactions systématiques pratiquées sur les élèves.

Nous citons ici un extrait du rapport annuel 1948-1949 des Services Départementaux d'Hygiène Scolaire (Inspection Académique de la Haute-Garonne). Il s'agit de deux observations particulièrement intéressantes montrant l'utilité de la cuti-réaction systématique pratiquée sur les élèves, dans le dépistage de la tuberculose des maîtres.

« Au mois de janvier 1949, un médecin examinateur d'une école de Toulouse nous a signalé qu'il avait observé dans une classe un pourcentage anormal de virages de cuti-réactions : 30% des cuti-réactions avaient viré depuis le dernier examen chez des enfants de 10 ans. L'institutrice de cette classe avait subi un examen radiographique en avril 1948, avec un résultat normal. Cette institutrice a été convoquée immédiatement pour un examen radioscopique au Dispensaire d'Hygiène Sociale de Toulouse; cet examen a révélé l'existence d'un infiltrat tuberculeux d'un sommet. Un examen du liquide gastrique après tubage a montré la présence de ba-

cilles de Koch. Cette institutrice, mise sans délai en congé de maladie, a obtenu après examen de M. le Professeur Morel un congé de longue durée.

Au mois d'avril 1949, un cas semblable nous est signalé par un autre médecin examinateur de Toulouse : 25% de virages de cuti-réactions chez des enfants de 9 ans dans une année scolaire. L'institutrice de cette classe est une ancienne malade réintégrée il y a plusieurs années après congé pour tuberculose. Un examen radioscopique, pratiqué au Dispensaire d'Hygiène Sociale, montre une image fibreuse d'un sommet ne paraissant pas évolutive. Le tubage gastrique donne une bacilloscopie négative. Cette malade a été examinée par M. le Professeur Morel qui, sans pouvoir affirmer après un premier examen l'évolutilité des lésions, conclut à la nécessité d'une mise en congé ordinaire de trois mois. A l'expiration de ce congé, après un nouvel examen, cette institutrice a été mise en congé de longue durée pour tuberculose pulmonaire ».

Ces observations montrent l'extrême contagiosité de la tuberculose en milieu scolaire et de maîtres à élèves, même lorsqu'il s'agit de formes fibreuses, et si peu évolutives qu'une bacilloscopie après tubage puisse donner un résultat négatif.

2. — *Résultats concernant les élèves*

A — *Tuberculino-réactions.* — Nous donnerons dans deux tableaux les résultats concernant les deux premiers trimestres de l'année 1949-1950. Pour le 2ème trimestre, nous donnerons les chiffres séparés pour Toulouse et pour le Département. Cette distinction permet de constater un plus fort pourcentage de cuti-réactions positives et de virages pour la ville de Toulouse. La colonne « nombre de virages observés » ne concerne que les cas où les réactions comparées n'ont pas plus d'un an d'intervalle. Les cuti-réactions « douteuses » répondant à cette condition sont comptées dans les virages, au même titre que les cuti-réactions positives.

TUBERCULINO-RÉACTIONS
Année 1949-1950

1er TRIMESTRE	2e TRIMESTRE					
Toulouse + Départem. Pourcentages totaux	Toulouse	Départem.	Total	Pourcent. total	Pourcent Toulouse	Pourcent. Départem.
Cuti-réactions pratiquées et lues : 6.776	4.674	5.977	10.651			
Négatives : 6.169 soit **91.1 %**	4.100	5.746	9.846	**92,4%**	87,7%	96,1%
Positives : 527 soit **7,7 %**	526	190	716	**6,7%**	11,2%	3,3%
Douteuses : 80 Soit **1,2 %**	48	41	89	**0,9%**	1,1%	0,6 %
Nombre de virages observés : 154 Soit **2,2 %**	219	47	266	**2,4%**	4,6%	0,7%

Ce tableau montre une grande similitude entre les différents pourcentages totaux d'un trimestre à l'autre; par contre on remarque, dans les chiffres donnés pour le 2ème trimestre, une grosse différence entre les pourcentages de Toulouse et ceux du Département, particulièrement en ce qui concerne les cuti-réactions positives et les virages observés.

Comparons comme précédemment ces pourcentages avec les chiffres de l'année scolaire 1948-1949; la statistique a ici été établie en distinguant (ce qui peut paraître un peu arbitraire) les enfants n'ayant pas atteint de ceux ayant dépassé l'âge de 11 ans. Au cours de cette année, 14.417 cuti-réactions ont été pratiquées dans les écoles du Département, et 15.482 dans les écoles de Toulouse. Voici les pourcentages de cuti-réactions positives :

	Jusqu'à 11 ans		Au dessus de 11 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Toulouse	13 %	12%	20 %	19 %
Département.....	6,5 %	6 %	11 %	10 %

On remarque dans ce tableau des pourcentages légèrement mais constamment plus élevés chez les garçons que chez les filles, pour des raisons difficiles à élucider. Les pourcentages moyens sont donc, d'après ce tableau :

Pour Toulouse : 12,5 au-dessous de 11 ans, et 19,5 au-dessus. Pour le Département : 6,8 au-dessous de 11 ans, et 10,5 au-dessus.

Ces chiffres apparaissent comme nettement supérieurs aux pourcentages indiqués dans les tableaux trimestriels, et établis sans tenir compte de l'âge ni du sexe des enfants. (11,2 pour Toulouse, et 3,1 pour le Département).

En 1947-1948, les pourcentages ont été les suivants :

Toulouse : 11,5 au-dessus de 11 ans, et 21 au-dessous.
Département : 7,5 au-dessus de 11 ans, et 11,5 au-dessous.

Ces chiffres, qui concernent les cuti-réactions positives, sont légèrement plus élevés que ceux de 1948-1949, ceux-ci, nous l'avons vu, sont à leur tour plus élevés que ceux des deux premiers trimestres de l'année 1949-1950.

Il y aurait donc une diminution du pourcentage des cuti-réactions positives en milieu scolaire au cours de ces trois dernières années; ce fait semble pouvoir s'expliquer si l'on considère que beaucoup d'enfants ont eu l'occasion de se contaminer pendant la guerre, surtout parmi les réfugiés, alors que dans la période stable actuelle les enfants peuvent être longtemps à l'abri de toute contamination surtout en milieu rural. Les enfants ayant fait leur primo-infection pendant la guerre atteignent l'âge de 14 ans et quittent peu à peu l'école primaire; ils sont remplacés au fur et à mesure par les jeunes générations d'après-guerre qui ont eu beaucoup moins de chances de se contaminer que leurs aînés; ainsi pourrait s'expliquer la diminution progressive des pourcentages de cuti-réactions positives.

B — *Examens radio-photographiques.* Comme pré-

cédemment, donnons les résultats pour les deux premiers trimestres de l'année 1949-1950.

	TOULOUSE et DEPARTEMENT	
	1er Trimestre	2ème Trimestre
Nombre d'examens radio - photographiphiques pratiqués :	1138	7902
Images suspectes :	7 soit 0,61%	61 soit 0,77%
Primo-infections vérifiées à l'examen radioscopique :	7 soit 0,61%	16 soit 0,2 %

Au cours du 1er trimestre, sur 7 enfants décelés par radio-photographie, 7 venaient effectivement de subir une primo-infection s'accompagnant de signes radioscopiques, soit une proportion de 100%. Au cours du 2ème trimestre, 16 seulement sur 61 images radio-photographiques donnèrent lieu à confirmation radioscopique, soit une proportion de 26,2%. Comme nous le disions plus haut dans les techniques de depistage, la méthode consistant à convoquer au dispensaire pour examen radioscopique tous les enfants porteurs d'images radio-photographiques suspectes offre toutes garanties. Rappelons que tous les enfants dont la cuti-réaction est positive depuis moins de deux ans et tous ceux qui ont viré dans l'année, son également examinés au dispensaire même si l'examen radiophotographique comporte une réponse « Image thoracique normale ».

Comparons maintenant les résultats avec ceux de l'année 1948-1949. Les examens ont été effectués à l'aide du camion radio-photographique de la Direction Départementale de la Santé, mis gratuitement à la disposition de l'Hygiène Scolaire. Afin d'éviter des déplacements d'élèves importants, plusieurs centres ont été installés dans chaque canton. Le déplacement demandé n'excédait jamais quatre ou cinq kilomètres; les frais ont été pris en charge sans difficultés par les municipalités. A Toulouse, une installation a été faite dans chaque

groupe scolaire important. Voici les résultats numériques :

Nombre d'enfants examinés	15.876
Images thoraciques normales	14.936
Images d'affections pulmonaires	583
Ininterpretables	357

Sur les 583 clichés comportant des images parenchymateuses en marge de la normale, 96 seulement furent jugés suspects de traduire des lésions de primo-infections ou de tuberculoses évolutives (soit 0,64% pourcentage absolument comparable à ceux de 0,61 et 0,77 donnés plus haut). Ces 96 enfants furent revus au Dispensaire : 48 présentaient des complexes ganglio-pulmonaires de primo-infections (soit 0,3%, pourcentage absolument comparable à celui de 0,2% donné plus haut pour le 2e trimestre 1949-50, celui de 0,61 donné pour le premier trimestre étant exceptionnellement élevé), 45 présentaient des images de séquelles sans gravité; enfin trois enfants furent trouvés porteurs d'infiltrats tuberculeux évolutifs.

On voit donc que les chiffres de l'année 1948-1949 ne sont pas plus optimistes que ceux du début de 1949-1950 en ce qui concerne les lésions radio-visibles de primo-infections. On pourrait s'étonner de ces résultats en les comparant aux résultats précédents qui montrent une diminution nette du pourcentage des cuti-réactions positives dans les écoles. Nous manquons de statistiques établissant un rapport entre l'allergie et les primo-infections décelées; il semble, d'après les statistiques personnelles d'un des médecins examinateurs du département, que les pourcentages s'établissent à peu près comme suit : sur cent enfants envoyés au Dispensaire parce que réagissant positivement, 5 sont trouvés porteurs de lésions de primo-infections nettes; 80 ont des séquelles sans gravité de primo-infections anciennes (nodules calcifiés par exemple); 15 ont des images thoraciques absolument normales et on ne découvre aucune trace radio-visible de primo-infection même ancienne, bien que l'enfant réagisse positivement à la tuberculine. Malgré cela nous pensons que ce dernier groupe d'enfants

doit être considéré comme ayant déjà fait une primo-infection et placé sous surveillance médicale; la recherche de l'allergie nous semble dans ce cas remédier à une insuffisance de la radioscopie.

D'autre part, les confrontations entre le dépistage radioscopique des primo-infections et l'état allergique des sujets ainsi décelés ont permis de montrer qu'une primo-infection peut être radio-visible avant que l'état d'allergie ait eu le temps de se manifester; certains sujets ayant réagi négativement ont été trouvés quelques jours après porteurs de lésions nettes de primo-infections, à la suite d'un examen radiophotographique; dans certains cas une deuxième cuti-réaction pratiquée après le diagnostic radio-photographique est encore restée négative.

Cuti-réactions et dépistages radioscopiques sont donc deux méthodes qui se complètent, car toutes deux sont capables d'aboutir au dépistage de primo-infections, mais qui ne se remplacent pas ni ne se superposent. Il est donc légitime de pratiquer les examens radiophotographiques sur tous les sujets et non pas seulement sur les sujets présentant une cuti-réaction positive. De plus, la baisse du nombre des états allergiques ne signifie pas forcément baisse du nombre des primo-infections décelées; les statistiques nous ont montré qu'il n'y avait pas concordance. Un parallélisme pourrait sans doute être observé si des méthodes de recherche allergique beaucoup plus sensibles pouvaient être employées en milieu scolaire (nous pensons à l'intra-dermo-réaction); beaucoup d'enfants figurant actuellement comme négatifs dans la statistique figureraient alors comme positifs. La mise en application du « patch test » (test de Vollmer) est actuellement en cours dans le département; ce test, dont la sensibilité approche celle de l'intra-dermo réaction et surpasse de beaucoup celle de la cuti, tout en présentant une grande facilité d'application, permettra sans doute d'obtenir des statistiques différentes de celles que nous avons données, obtenues à la suite de cuti-réactions.

3°. — *Résultats concernant les suites données aux examens médicaux*

Nous donnerons comme précédemment les résultats pour les deux premiers trimestres de l'année 1949-1950, résultats groupant le département et la ville de Toulouse.

	1er trimestre. Enfants ex. : 11075	2e trimestre Enfants ex. : 13437
Nombre d'avertissements envoyés aux familles	1899	1917
Cas signalés au Service Social local	355	583
Examens complémentaires demandés	664	1351

Le nombre total des carte-lettres d'avertissement envoyées aux familles est important, toujours égal ou supérieur à dix pour cent du nombre total des enfants examinés. Les cas signalés au service social sont relativement moins nombreux; très nombreux par contre sont les examens complémentaires demandés qui sont soit des examens radioscopiques soit des examens de spécialistes; là aussi la proportion approche en moyenne dix pour cent du nombre total d'enfants examinés.

Comparons ces résultats avec ceux de l'année 1948-1949 : sur 24.801 enfants examinés, le service départemental a envoyé aux familles 2.526 avis. Le service municipal a envoyé dans le même période 7.301 avis pour 22.766 enfants examinés. Ces 9.827 avis témoignent de l'effort fait par les services d'Hygiène Scolaire pour réaliser une liaison correcte entre médecins d'Hygiène Scolaire et médecins praticiens, puisque plus de 20 pour 100 des enfants examinés ont suscité une observation particulière du médecin scolaire et une liaison avec le médecin traitant,

En ce qui concerne les envois en aérium, préventorium, colonies de vacances, nous ne pouvons citer que

les résultats portant sur la dernière année scolaire 1948-1949.

Cent quarante-deux enfants ont été placés à l'aérium municipal de Venerque.

31, à l'école de plein air de Dabeaux.

9, à la colonie sanitaire des Eaux-Bonnes.

58, au préventorium départemental de Salies du Salat.

830 enfants de Toulouse ont été envoyés dans les colonies municipales.

D'autre part, pour cette même année 1948-1949, 1791 enquêtes ont été effectuées par les Assistantes Sociales du service municipal de Toulouse.

Cent quatre-vingt-neuf enquêtes ont été demandées par le service départemental à la Direction départementale de la Santé. 177 de ces enquêtes ont été effectuées.

En outre, les médecins scolaires ont parfois eu à intervenir pour décider de l'envoi d'un élève dans une classe spéciale pour retardés ou déficients intellectuels. Ces classes existent à Toulouse en nombre satisfaisant, mais en milieu rural le problème est souvent difficile à résoudre. En ce qui concerne les caractériels nous manquons de statistiques, les débouchés pour cette catégorie d'enfants étant notoirement insuffisants dans le département.

Action collective

Nous envisagerons d'abord les résultats du classement en groupes d'Education Physique.

Citons en premier lieu des résultats partiels des deux premiers trimestres 1949-1950. Ces résultats ne portent que sur les garçons.

Premier trimestre

	Examens pratiqués	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Groupe IV Temporaire	Groupe IV Définitif
Département	3.478	2.109 soit 60,6%	996 soit 28,6%	300 soit 8,6%	58 soit 1,7%	15 soit 0,5
Toulouse	1.594	536 soit 33,6%	756 soit 47,5%	284 soit 17,8%	10 soit 0,6%	8 soit 0,5%

Deuxième trimestre

Département	3.780	2.079 soit 55,5%	1.305 soit 34,5%	319 soit 8,6%	67 soit 1,7%	10 soit 0,2%
Toulouse	5.326	2.050 soit 38,4%	2.423 soit 45,5%	781 soit 14,5%	54 soit 1,3%	18 soit 0,3%

On remarque que les résultats sont concordants et constants pour les Groupes III et IV, discordants pour les Groupes I et II; ceci tient, comme nous le disions plus haut, au manque d'uniformité dans les techniques d'examens et à l'imprécision qui règne encore sur la signification des groupes (surtout pour les Groupes I et II).

Comparons ces résultats avec ceux de l'année 1948-1949.

RÉSULTATS NUMÉRIQUES ET POURCENTAGES DU CLASSEMENT DES ÉLÈVES PAR CATÉGORIES D'EDUCATION PHYSIQUE

Année 1948-1949

1°. — *Service Départemental : 24.801 enfants examinés*

Groupe I : 15.627 élèves, soit 63 pour 100.
Groupe II. — 7.284 élèves, soit 30 pour 100.
Groupe III. — 1.576 élèves, soit 6,3 pour 100.
Groupe IV. — 314 élèves, soit 0,7 pour 100.

2°. — *Ville de Toulouse : 22.766 enfants examinés*

Groupe I. — 8.759 élèves, soit 39 pour 100.
Groupe II. — 10.172 élèves, soit 45 pour 100.
Groupe III. — 3.446 élèves, soit 14 pour 100.
Groupe IV. — 389 élèves, soit 2 pour 100.

Les résultats de la ville de Toulouse se rapprochent davantage des résultats approximatifs que nous avons cités en décrivant les techniques d'examen; en particulier le Groupe II est plus important que le Groupe I, ce que nous croyons correspondre à la réalité.

En ce qui concerne l'hygiène des locaux scolaires, nous ne possédons que peu de renseignements statistiques. Nous nous bornerons à citer les résultats des deux premiers trimestres de l'année 1949-1950.

	TOULOUSE ET DÉPARTEMENT	
	1er trim.	2 trim.
Nombre d'établissements inspectés	184	225
Nombre d'établissements signalés au Maire	5	5
Signalés au Service départem. d'Hygiène Scolaire	10	10
Améliorations obtenues	néant	3

Ces chiffres montrent avec assez d'éloquence combien il est difficile d'obtenir des résultats en cette matière; notons que seuls sont signalés les cas d'insalubrité vraiment notoires et ne pouvant prêter à discussion.

Nous venons d'exposer les principaux résultats obtenus dans les différents domaines de son activité par le Service Départemental d'Hygiène Scolaire de la Haute-Garonne. Les périodes envisagées furent essentiellement l'année scolaire 1948-1949 et les deux premiers trimestres de l'année 1949-1950. L'étude des résultats administratifs nous a confirmé l'excellente organisation actuellement mise au point dans le Service Départemental d'Hygiène Scolaire, au sein même de l'Inspection Académique; les résultats médicaux ont montré, durant les

périodes envisagées, une remarquable constance dans les pourcentages des différentes affections non tuberculeuses, et une regression marquée dans la période récente du pourcentage des affections bucco-dentaires. Nous avons vu l'importance du dépistage de la tuberculose chez les maîtres, en raison de l'extrême contagiosité de cette redoutable maladie en milieu scolaire; pour les élèves les résultats nous ont permis d'apprécier et de discuter la valeur relative des différentes techniques de dépistage, essentiellement cuti-réactions (que l'on souhaiterait voir remplacer par le test de Vollmer), et radio-photographies systématiques. Les suites données aux examens sont satisfaisantes, seuls les débouchés pour anormaux psychiques et caractériels sont encore insuffisants. Nous avons vu pour terminer que le classement en Groupes d'Education Physique prêtait à discussion; la doctrine, en ce qui concerne ce point particulier, n'est pas encore parfaitement précisée, nous avons cependant tenté d'apporter quelques éclaircissements en décrivant les techniques d'examen au chapitre I. Enfin, en ce qui concerne l'hygiène des locaux, des résultats ne peuvent être obtenus qu'au prix de très grosses dificultés.

CONCLUSIONS GENERALES

Nous essaierons de tirer quelques conclusions de ce travail. Nous avons essayé de montrer toute l'importance d'une doctrine bien établie; avant toutes choses il importe, croyons-nous, de répondre à la question : qu'est-ce, au juste, que l'Hygiène Scolaire, que se propose-t-elle, est-elle vraiment nécessaire ou simplement utile? Or, ce qui démontre l'utilité d'un service, ce ne sont pas tant les résultats que la claire conscience des fins poursuivies et la minutieuse définition des moyens d'y parvenir; c'est là ce qu'on appelle une doctrine.

En vue d'une exécution future, se constitue un service administratif; ses rouages peuvent être plus ou moins bien adaptés aux idées qui ont suscité son élaboration.

Les résultats constituent le terme ultime de cet effort créateur. Ils tirent leur existence d'un ensemble cohérent technique-administratif; leur importance traduit la solidité de cet ensemble, leur insuffisance traduit une mauvaise superposition des méthodes techniques et administratives.

N'oublions pas qu'il s'agit de médecine collective, présentant un caractère d'obligation; dès lors il est presque inutile de souligner le grave danger que pourrait présenter un texte légal rendant obligatoires des examens ou des méthodes d'examen, sans que ces examens ou ces méthodes aient fait l'objet d'études très approfondies par des commissions techniques compétentes. Par le même procédé peuvent être élaborés des textes qui, faute d'une étude technique préalable suffisante, entravent au

lieu de faciliter l'action du technicien, c'est-à-dire du médecin scolaire.

Dès lors, quelle importance relative fallait-il attribuer dans ce travail à ces différentes fonctions de l'Hygiène Scolaire, que l'on pourrait appeler fonction technique (doctrine); fonction administrative (organisation); fonction statistique (résultats)?

Nous pensons, pour notre part, que les services d'Hygiène Scolaire ne peuvent encore se comparer à d'autres services plus anciens où, par de patientes, multiples et laborieuses modifications intervenues au cours des années, les parties technique et administrative ont fini par se superposer exactement : dans ces services, seuls les résultats et le perfectionnement des résultats ont une importance réelle; les méthodes de travail et l'organisation ne sont plus discutées ou le sont peu. Le service national d'Hygiène Scolaire ne peut encore se prévaloir d'une telle ancienneté; décrire longuement les buts poursuivis, les méthodes d'examens et de dépistage, nous a paru la tâche essentielle car c'était là démontrer la nécessité de ce service. Nous espérons avoir atteint ce but.

Décrire ensuite la structure administrative était nécessaire; ayant exposé une doctrine nous étions de plus en droit de le faire. Mais l'instabilité de cette structure, des modifications malheureuses telles que la suppression de la Direction, et en même temps de ses précieuses directives techniques, le tiraillement du service entre des ministères différents, ont empêché cette exacte superposition des méthodes de travail et de l'organisation qui fait l'orgueil des vieilles Administrations. C'est pourquoi le chapitre « Résultats » doit-il être logiquement le plus court : il est réconfortant cependant de constater l'importance de ces résultats et du travail accompli, magnifiques témoignages de la vitalité des services extérieurs de l'Hygiène Scolaire qui ont su garder leur intégralité et leur foi malgré les orages. Par ces considérations, nous pensons avoir justifié le plan de ce travail.

En dehors de ces fonctions administrative, technique, et statistique, n'oublions pas d'insister à nouveau sur la fonction pédagogique de l'Hygiène Scolaire, qui se pro-

pose de réaliser un véritable enseignement de la santé à l'intention de cinq millions d'esprits jeunes et réceptifs confiés à l'Education Nationale. Baucoup plus qu'une transmission de notions abstraites, c'est une véritable intégration des données de l'Hygiène dans la vie de chaque jour que se propose de réaliser l'Education Sanitaire. Comme le dit fort justement M. Lucien VIBOREL, directeur du Centre National de l'Education Sanitaire, Démographique, et sociale, il s'agit « d'éveiller l'intelligence sanitaire, la conscience des devoirs et des responsabilités sanitaires, en un mot, de provoquer dès la toute première enfance une *mentalité de santé* ».

Citons, pour terminer ce travail, les conclusions adoptées à l'unanimité par l'Académie de Médecine, après interventions de MM. les professeurs TANON et RIST. Il s'agit là d'une véritable consécration de l'Hygiène Scolaire par la plus haute autorité médicale :

1°. — Etant donné le travail accompli par l'organisation d'Hygiène Scolaire de 1945 à 1948, les admirables résultats obtenus avec continuité, l'importance du programme des activités futures démontrant le rôle essentiel des médecins qualifiés dans l'élaboration des mesures médicales à prendre et leur application, il apparaît nettement que le décret de suppression du 6 septembre 1948 va à l'encontre de la bonne marche d'un service donnant toute satisfaction.

2°. — Il est indispensable que des médecins assurent la responsabilité générale des mesures prises et donnent à tout moment des directives.

3°. — Il y a lieu d'accroître la valeur des services à rendre aux élèves, à leurs familles, au corps enseignant, en perfectionnant la formation des médecins d'Hygiène Scolaire par des études et des stages spécialisés.

4°. — L'éducation de la santé doit entrer dans les programmes de l'enseignement et doit incomber avant tout à des médecins.

5°. — L'Hygiène Scolaire doit prendre en France la place qui lui revient et doit être largement encouragée.

6°. — Il faut de toute urgence que l'organisation antérieure, qui a obtenu de brillants résultats et dont l'utilité n'est plus à démontrer, soit rétablie dans son intégralité.

Le Président de la Thèse,
ANDRIEU

Vu : *Le Doyen,*
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
BRUSTIER

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 29 Juin 1950,
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

1°. — PUBLICATIONS ET OUVRAGES

G. Bonpunt-Grand. — Organisation de l'inspection médicale scolaire dans l'Université de Toulouse. Thèse Toulouse 1947.

Canetti. — L'allergie tuberculeuse chez l'homme. Flammarion, éditeur, 1946.

Delore. — L'éducation de la Santé. Flammarion, edit.

Douady. — Documents I. — Données actuelles. Programme de travail. (Publié par la Direction de l'H.S.U. en 1947).

Dufestel. — Hygiène Scolaire. Doin, éditeur, 1933.

Duvernoy. — L'inspection médicale des écoles. Chicandre, éditeur, Besançon, 1932 .

Fiessinger. — Les directives de la médecine sociale. Masson, éditeur, 1945.

Hascoet. — Une nouvelle méthode de tuberculino-diagnostic : le test de Vollmer. Thèse Paris, 1949.

Parrel. — Traité de rééducation. « Les Ordres de la Chevalerie, éditeur », 1946.

Vannier. — La typologie et ses explications thérapeutiques. Doin, éditeur, 1946.

2°. — DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

DARON : Conférences faites au cours du stage de perfectionnement des médecins examinateurs de l'Hygiène Scolaire. (Bordeaux, sept 1949).

DOUADY : Un exposé sur l'Hygiène Scolaire et Universitaire, conférence faite devant l'assemblée des Inspecteurs d'Académie le 4 novembre 1946.
— Le médecin et l'éducateur; l'hygiène à l'école de plein air, modèle d'Hygiène Scolaire. (1949)

PIECHAUD, DARON, DARTIGUES et MORVAN : L'allergie dans les milieux scolaires et universitaires du Sud-Ouest. (Publication sur stencil, Inspec. Acad. de Bordeaux).

RIBADEAU-DUMAS : Sur les modifications apportées au Ministère de l'Education Nationale dans la Direction de l' H.S.U. (Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine n° 33 et 34, 1949, page 629).

ROBERT : Trois années d'organisation et de fonctionnement de l'Hygiène Scolaire en France, de 1945 à 1948.

Note sur les services de l'Hygiène Scolaire et Universitaire. (Documentation aimablement fournie par Monsieur l'Administrateur Civil des services de l'Hygiène Scolaire et Universitaire).

Compte-rendus et rapports présentés au Congrès d'H.S.U. à Paris les 25, 26, 27 et 28 juin 1947.

Les principaux textes consultés (décrets, arrêtés et circulaires) ont été cités dans ce travail avec leurs références exactes. La liste complète des textes se rapportant à l'Hygiène Scolaire figure dans « *Documents I* » (Docteur Douady) publiés par le Ministère de l'Education Nationale, Direction de l'H.S.U. Cette documentation s'arrête à l'arrêté du 25 mars 1947, fixant les modalités de convocation pour la visite médicale d'admission dans les

écoles. Les principaux textes postérieurs à cet arrêté sont les suivants :

L'arrêté inter-ministériel du 31 mai 1947, déterminant les modalités de fonctionnement de la visite médicale d'admission dans les écoles (J. O. du 11 juin 1947).

L'arrêté inter-ministériel du 3 juin 1947, relatif aux certificats médicaux à produire lors de l'inscription d'un enfant de 6 ans dans une école (J. O. du 11 juin 1947).

L'arrêté inter-ministériel du 15 septembre 1947, déterminant les conditions d'établissement du casier sanitaire des locaux et dépendances scolaires (J.O. du 23 septembre 1947).

L'arrêté inter-ministériel du 25 septembre 1947, relatif à la surveillance médicale du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres, en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose. (J. O. du 27 septembre 1947).

La circulaire du 19 septembre 1949, Education Nationale et Santé Publique, ayant pour objet des instruccions relatives à certaines modalités de fonctionnement des services de l'H.S.U.

3°. — DOCUMENTATION ETRANGÉRE

The National Health Service.-Ministry of Health of Great Britain. (Report of the county medical officer of Health and school medical officer for the year 1948 (London County Council).

The Health of the School Child (Report of the Chief Medical Officer of the Ministry of Education for the years 1946 and 1947).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I

Les tâches de l'Hygiène Scolaire et Universitaire. Le rôle du médecin examinateur scolaire 13

I. — *Eléments du problème* 14

II. — *Action individuelle* 15

A — *Dépistage des états pathologiques non tuberculeux* 16

B — *Dépistage de la tuberculose* 26

C — *Suites à donner et imprimés* 30

D — *Centres médicaux scolaires et locaux* 39

E — *Textes légaux autorisant et précisant l'action individuelle du médecin scolaire* 41

III. — *Action collective* 44

CONCLUSIONS DU CHAPITRE I 57

CHAPITRE II

Structure administrative des services de l'Hygiène Scolaire et Universitaire 59

I. — *Historique* 59

II. — *Organisation actuelle* 65

III. — *Textes se rapportant à la structure administrative des services d'Hygiène Scolaire et Universitaire* 71

Conclusions du chapitre II 73

CHAPITRE III

Résultats obtenus dans le Département de la Haute-Garonne :

I. — *Résultats d'ordre administratif* 75

II. — *Résultats médicaux* 80

Conclusions generales 99

Bibliographie 103

Imprimerie Toulousaine
(R. LION)
2, rue Romiguières — Toulouse

A. a, 70 Dép. lég. 3e trim. 50